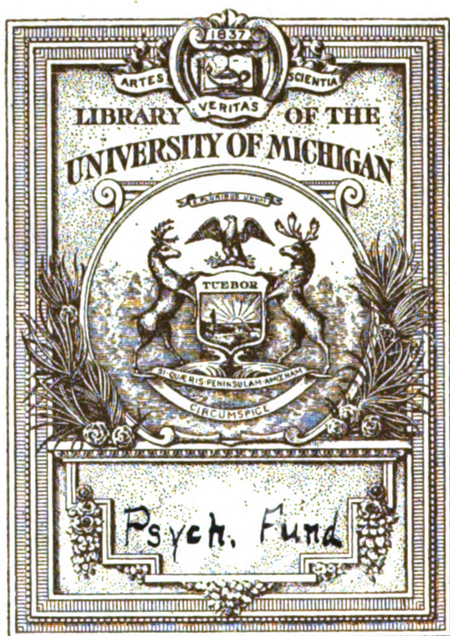
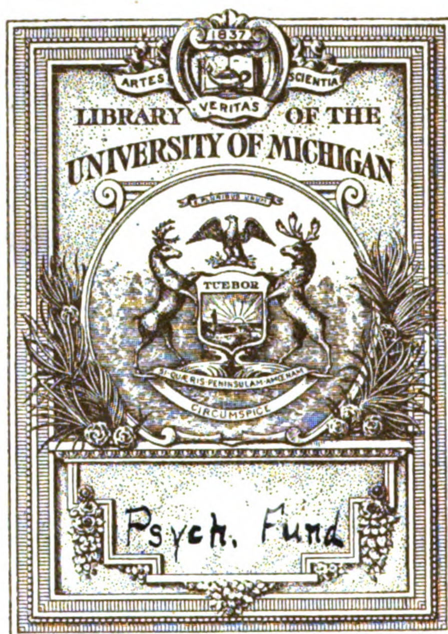

B 3 9015 00246 493 4
University of Michigan - BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
Psych. Fund


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
Psych. Fund

Anno V | Gennaio-Giugno 1911 | Fasc. I-II

Perugia, Italy

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE
Dott. CESARE AGOSTINI
Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell' Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA
TIP. UMBRA G. BENUCCI E C.
1911

Anno V Gennaio-Giugno 1911 Fasc. I-II

Perugia, Italy

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell' Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA
TIP. UMBRA G. BENUCCI E C.
1911

SOMMARIO DEI FASCICOLI 1 e 2

XIV Congresso Freniatrico Italiano.

NOTA — I lavori segnati con asterisco sono pubblicati integralmente negli annali degli altri s'è fatto un sunto.

Temi d'indole generale.

Temi d'indole generale.

Il XIV Congresso della « Società Freniatrica Italiana » fu inaugurato il 3 maggio 1911, nella grande sala dei Notari del Palazzo Comunale di Perugia, e le sedute furono tenute nell'aula del Consiglio Comunale.

Il Comitato ordinatore era formato dal prof. AGOSTINI CESARE, *presidente — dal dott.* VITALI CAMILLO, *segretario — dai dottori* BENEDETTI ALEANDRO *e* SIMI GUIDO, *vice-segretari — dai dottori* PADOVANI EMILIO, RIVA EMILIO *e* FABRIZI GIOVANNI, *segretari aggiunti.*

Le Autorità Provinciali e Comunali, nonchè la Libera Università degli Studi gareggiarono con concessioni e festeggiamenti per rendere più accetto il soggiorno dei Congressisti.

ELENCO DEI CONGRESSISTI.

1 — Prof. AGOSTINI CESARE (Perugia)
2 — Dott. AMALDI PAOLO (Firenze)
3 — Dott. ASSAGIOLI ROBERTO (Firenze)
4 — Dott. ANSALONE GERARDO (Nocera Inferiore)
5 — Dott. ACCORIMBONI FILIPPO (Foligno)
6 — Dott. ALGERI GIOVANNI (Monza)
7 — Dott. ALBERTI ANGELO (Pesaro)
8 — Dott. AVETA FRANCESCO (Napoli)
9 — Dott. BUCCIANTE ALFREDO (Roma)
10 — Dott. BELISARI GAETANO (Aquila)

Il XIV Congresso della « Società Freniatrica Italiana » fu inaugurato il 3 maggio 1911, nella grande sala dei Notari del Palazzo Comunale di Perugia, e le sedute furono tenute nell'aula del Consiglio Comunale.

Il Comitato ordinatore era formato dal prof. AGOSTINI CESARE, *presidente — dal dott.* VITALI CAMILLO, *segretario — dai dottori* BENEDETTI ALEANDRO *e* SIMI GUIDO, *vice-segretari — dai dottori* PADOVANI EMILIO, RIVA EMILIO *e* FABRIZI GIOVANNI, *segretari aggiunti.*

Le Autorità Provinciali e Comunali, nonchè la Libera Università degli Studi gareggiarono con concessioni e festeggiamenti per rendere più accetto il soggiorno dei Congressisti.

ELENCO DEI CONGRESSISTI.

1 — Prof. AGOSTINI CESARE (Perugia)
2 — Dott. AMALDI PAOLO (Firenze)
3 — Dott. ASSAGIOLI ROBERTO (Firenze)
4 — Dott. ANSALONE GERARDO (Nocera Inferiore)
5 — Dott. ACCORIMBONI FILIPPO (Foligno)
6 — Dott. ALGERI GIOVANNI (Monza)
7 — Dott. ALBERTI ANGELO (Pesaro)
8 — Dott. AVETA FRANCESCO (Napoli)
9 — Dott. BUCCIANTE ALFREDO (Roma)
10 — Dott. BELISARI GAETANO (Aquila)

Il XIV Congresso della « Società Freniatrica Italiana » fu inaugurato il 3 maggio 1911, nella grande sala dei Notari del Palazzo Comunale di Perugia, e le sedute furono tenute nell'aula del Consiglio Comunale.

Il Comitato ordinatore era formato dal prof. AGOSTINI CESARE, *presidente — dal dott.* VITALI CAMILLO, *segretario — dai dottori* BENEDETTI ALEANDRO *e* SIMI GUIDO, *vice-segretari — dai dottori* PADOVANI EMILIO, RIVA EMILIO *e* FABRIZI GIOVANNI, *segretari aggiunti.*

Le Autorità Provinciali e Comunali, nonchè la Libera Università degli Studi gareggiarono con concessioni e festeggiamenti per rendere più accetto il soggiorno dei Congressisti.

ELENCO DEI CONGRESSISTI.

1 — Prof. AGOSTINI CESARE (Perugia)
2 — Dott. AMALDI PAOLO (Firenze)
3 — Dott. ASSAGIOLI ROBERTO (Firenze)
4 — Dott. ANSALONE GERARDO (Nocera Inferiore)
5 — Dott. ACCORIMBONI FILIPPO (Foligno)
6 — Dott. ALGERI GIOVANNI (Monza)
7 — Dott. ALBERTI ANGELO (Pesaro)
8 — Dott. AVETA FRANCESCO (Napoli)
9 — Dott. BUCCIANTE ALFREDO (Roma)
10 — Dott. BELISARI GAETANO (Aquila)

11 — Dott. BARONCINI LUIGI (Imola)
12 — Dott. BENEDETTI ALEANDRO (Perugia)
13 — Dott. BERTINI GIORGIO (Collegigliato)
14 — Dott. BONFIGLIO FRANCESCO (Roma)
15 — Dott. BERGONZOLI GASPARE (Voghera)
16 — Prof. BIANCHI LEONARDO (Napoli)
17 — Dott. BIANCHI VINCENZO (Napoli)
18 — Dott. CASCELLA FRANCESCO (Aversa)
19 — Dott. CONSIGLIO PLACIDO (Roma)
20 — Dott. COLBACCHINI GIO: BATTISTA (Venezia)
21 — Prof. CRISTIANI ANDREA (Lucca)
22 — Prof. CERLETTI UGO (Roma)
23 — Dott. CIACCIO ANDREA (Roma)
24 — Prof. CAPPELLETTI LUIGI (Venezia)
25 — Prof. COLELLA ROSOLINO (Palermo)
26 — Dott. D' ORMEA ANTONIO (Siena)
27 — Dott. DE PAOLI GIOVANNI (Genova)
28 — Prof. D' ABUNDO GIUSEPPE (Catania)
29 — Dott. ESPOSITO GIOVANNI (Macerata)
30 — Prof. ELLERO LORENZO (Milano)
31 — Dott. FRANCHINI GIUSEPPE (Venezia)
32 — Prof. FERRARI GIULIO CESARE (Imola)
33 — Dott. FABBRI ENEA (Firenze)
34 — Dott. FABRIZI GIOVANNI (Roma)
35 — Dott.ssa FABRIZI TERESA (Roma)
36 — Prof. On. FERRI ENRICO (Roma)
37 — Avv. FERRIANI LINO (Como)
38 — Dott. FRIGERIO LUIGI (Alessandria)
39 — Dott. FUNAIOLI PAOLO (Ancona)
40 — Prof. GUICCIARDI GIUSEPPE (Reggio Emilia)
41 — Dott. GORIA CARLO (Ancona)
42 — Prof. GARBINI GUIDO (Perugia)
43 — Dott. GIACCHI FRANCESCO (Racconigi)
44 — Dott. GONZALES EDOARDO (Milano)
45 — Dott. LEVI GIUSEPPE (Milano)

46 — Dott. Leoni Ugo (Lucca)
47 — Dott. Lucangeli Gian Luca (Spezia)
48 — Prof. La Pegna Eugenio (Aversa)
49 — Prof. Livi Ridolfo (Roma)
50 — Dott. Lojacono Liborio (Palermo)
51 — Dott. Morselli Arturo (Genova)
52 — Dott. Masini Mario Umberto (Cogoleto)
53 — Dott. Modena Gustavo (Ancona)
54 — Dott. Meneghetti Umberto (Verona)
55 — Prof. Montesano Giuseppe (Roma)
56 — Dott. Maiano Nicola (Roma)
57 — Dott. Mosserotti Vito (Roma)
58 — Prof. Marro Antonio (Torino)
59 — Prof. Medea Eugenio (Milano)
60 — Dott. Pastrovich Guglielmo (Trieste)
61 — Dott. Pellegrini Romano (Girifalco)
62 — Dott. Padovani Emilio (Ferrara)
63 — Dott. Pichini Giacomo (Reggio Emilia)
64 — Prof. Perusini Gaetano (Roma)
65 — Dott. Pieraccini Arnaldo (Arezzo)
66 — Dott. Rossi Cesare (Como)
67 — Dott. Riva Emilio (Ancona)
68 — Dott. Ruata Guido (Pesaro)
69 — Prof. Ruata Carlo (Perugia)
70 — Dott. Rezza Angelo (Lucca)
71 — Prof. Rossi Umberto (Perugia)
72 — Dott. Righetti Romolo (Fermo)
73 — Prof. Romiti Guglielmo (Pisa)
74 — Dott. Seppilli Giuseppe (Brescia)
75 — Dott. Simi Guido (Perugia)
76 — Avv. Salvarani Domenico (Reggio Emilia)
77 — Prof. Salemi-Pace Bernardo (Palermo)
78 — Dott. Schüle Roberto (Illenau)
79 — Prof. Sanna-Salaris Giuseppe (Cagliari)
80 — Prof. Tamburini Augusto (Roma)

81 — Prof. TAMBRONI RUGGERO (Ferrara)
82 — Prof. TARULLI LUIGI (Perugia)
83 — Dott. TAMBURINI ARRIGO (Ancona)
84 — Dott. TREVES MARCO (Torino)
85 — Dott. UGOLOTTI FERDINANDO (Colorno)
86 — Dott. VITALI CAMILLO (Perugia)
87 — Dott. VALTORTA DARIO (Como)
88 — Dott. VENTRA DOMENICO (Nocera Inferiore)
89 — Dott. ZANON LUIGI (Treviso)
90 — Dott. ZANNONI DAVIDE (Vicenza)
91 — Prof. ZUCCARELLI ANGELO (NAPOLI)

Alla solenne inaugurazione intervennero le Autorità Governative, Provinciali e Comunali, la Stampa cittadina, molti Professori Universitari, Medici, Istituti scolastici, numeroso pubblico e molte Signore.

Al banco della Presidenza siedevano, insieme al Presidente della Società Freniatrica prof. Tamburini e al Presidente del Comitato ordinatore del Congresso prof. Agostini e al Segretario dott. Vitali, il comm. Ferri, Prefetto dell'Umbria, in rappresentanza di S. E. il Ministro degli Interni e Presidente del Consiglio on. Giolitti; il Rettore dell'Università, prof. Rossi, in rappresentanza di S. E. il Ministro della P. I. on. Credaro; il Presidente della Corte d'Appello in rappresentanza di S. E. il Ministro di Grazia e Giustizia on. Finocchiaro Aprile; il Medico Provinciale, Centonze, in rappresentanza del Direttore Generale della Sanità Pubblica, Santoliquido, e i dottori Funaioli e Consiglio in rappresentanza del Ministero della Guerra e dell'Ispettorato di Sanità Militare.

Al Congresso hanno mandato le loro adesioni con rappresentanti le Provincie di Perugia, Aquila, Ascoli Piceno, Cuneo, Ferrara, Parma e Arezzo e l'Amministrazione del Manicomio Mandalari di Messina.

Discorso del R. Prefetto nel giorno della inaugurazione.

Chiarissimi Professori,

Gentili Signore, Signori,

S. E. il Presidente del Consiglio dei Ministri mi ha commesso il gradito incarico di rappreseniarlo all' inaugurazione del XIV Congresso dell'Associazione Freniatrica Italiana, ed io sono lieto e onorato di porgervi, col mio omaggio cordiale e reverente, l' augurale saluto dell' on. Giolitti.

I temi sottoposti alle vostre geniali e ponderate discussioni sono di tale e tanta importanza da attrarre l' attenzione oltrechè dei professionisti tecnici e delle provincie chiamate per legge a provvedere, altresì del Governo del Re.

Del resto, neppure oggidì può guardare con animo sereno e tranquillo il fenomeno inquietante tormentoso della follia che, segnatamente nei centri ove più fitta e densa si agglomera la popolazione, continua ad aumentare ; e, se non mi inganno, procede quasi di passo col progresso della civiltà e con l' incremento del benessere economico.

Pur troppo, le esigenze e le difficoltà della vita odierna, comunque generalmente migliorate, ma resesi per molti sempre più acute e malagevoli ; l' asperità della lotta per l' esistenza che sospinge a soverchiarsi, senza troppi scrupoli, gli uni gli altri, il desiderio di godimenti, non avvertiti per l' innanzi, e al soddisfacimento dei quali sono assai spesso inadeguati i mezzi conquistati col lavoro ; la violenva delle passioni che irrompono ir-

refrenabili ovunque, senza quasi più attenuanti e differenze di latitudini, longitudini e di stirpi; infine, quell'abbietta e orrenda cosa che risponde al nome di alcoolismo, il quale talora invade perfino le classi meglio colte ed evolute, e per la repressione del quale gli espedienti messi a nostra disposizione si appalesano insufficienti e inefficaci, sono altrettanti coefficienti, onde deriva il funesto decadimento fisico e mentale.

Così accade che se cresce, da un lato, la dolorosa percentuale della follia, non diminuisce, dall'altro, anzi incombe ancora più triste e minacciosa quella della delinquenza: così, in breve, non si ha mai penuria di ospiti novelli, tanto nei frenocomi, quanto negli stabilimenti di pena.

CHIARISSIMI SIGNORI,

La professione che voi esercitate con profonda dottrina e con le inestimabili attrattive, che lo studio della psiche umana offre perfino agli incompetenti e ai profani, è vera e propria missione, perchè le cure assidue pazienti e intelligenti che voi prodigate ad infermi derelitti riescono non solo a sollievo e beneficio di costoro, ma si riversarono. con effetti e conseguenze altamente salutari, sulle generazioni a venire, e costituiscono piena e salda garanzia per l'intero corpo sociale.

Perciò, quanti qui siamo riuniti o semplici ammiratori del nostro sapere, o amministratori pubblici, o rappresentanti di Enti locali e del Governo, non restiamo nè possiamo rimanere spettatori indifferenti, quasi fossimo accorsi per mero atto di doverosa cortesia, o per pura curiosità scientifica: invece, noi tutti seguiamo e seguiremo, con vivo interesse e intensa riflessione, l'andamento dei vostri lavori.

Siate, dunque, i ben arrivati fra noi, e consentite che, nel nome augusto di Sua Maestà il Re, dichiari aperto il XIV Congresso Freniatrico.

Parla quindi il Conte Valentini Sindaco di Perugia.

Egli porge a nome della Città il saluto ai Congressisti intervenuti e dà loro il benvenuto quali ospiti illustri e graditi. Ricorda la benemerenza della Società Freniatrica Italiana nella progressiva trasformazione degli Asili Manicomiali e segnala alla pubblica gratitudine l'opera indefessa dei Medici Alienisti nella profilassi di gravi malattie, quali la pellagra, di allarmanti intossicazioni, quali l'alcoolismo.

Dopo avere insistito sull'alta missione sociale degli Alienisti, termina augurandosi che dai loro studi sorgano rimedi atti a debellare la causa della più grave e più impressionante delle umane infermità. (Applausi).

Parole lette alla inaugurazione del Congresso freniatrico dal prof. G. Calderoni, rappresentante la Deputazione provinciale dell' Umbria.

ILLUSTRISSIMI SIGNORI,

È grande onore e soddisfazione per la nostra Umbria, vedere accolti qui nel Capoluogo della Provincia, tanti eminenti scienziati e gli eletti rappresentanti di più provincie d'Italia per l'importante Congresso che oggi s'inaugura. E l'Amministrazione provinciale, per la quale hanno tanto interesse gli studi rivolti allo sviluppo di materie che sotto molti aspetti la riguardano, sente in particolar modo tutta l'importanza di questa riunione, e compie a mio mezzo il grato dovere di porgere a tutti gl'illustri intervenuti un deferente saluto.

La nostra Provincia, possiamo dirlo con orgoglio, è stata fra le prime d'Italia a prendere a cuore la quistione manicomiale. È da oltre un decennio che sobbarcandosi a sacrifici finanziari gravissimi, acquistò il manicomio locale, spendendo somme ingenti, che a molti parvero (date le condizioni del nostro bilancio) anche eccessive, perchè il manicomio potesse corrispondere a tutte le moderne esigenze della scienza.

Ed è a titolo di lode che io debbo ricordare il nome dell'allora Presidente della Deputazione, conte comm. Rodolfo Pucci Boncambi, che tanta parte della sua attività, della sua intelligenza,

del suo cuore dedicò per raggiungere il fine nobilissimo che egli si era prefisso, nonostante le critiche incontrate, nonostante tutti gli ostacoli sorti. Esso fu mirabilmente coadiuvato, per quanto si riferiva alla parte interna, anche dal Direttore di allora, il chiarissimo prof. Roberto Adriani, che con mente superiore, con amorosissimo zelo e gentilezza di modi, diresse l'importante istituto, prima che allo stesso venisse preposto il Direttore attuale, Professore Cav. Cesare Agostini. Dei meriti di questi e del suo interessamento per tutto quanto si riferisce al servizio manicomiale stimo superfluo parlare, poichè l'opera sua ognuno di voi, illustri Signori, potrà giudicare visitando lo stabilimento che egli con tanta sapienza dirige e governa.

Le Amministrazioni provinciali che si succedettero a quella presieduta dal conte Pucci, pur sentendo tutto il gravame delle spese occorse ed occorrenti per il manicomio, gravose ancor più per le non floride condizioni della Provincia nostra, che sono pur troppo le condizioni anche della maggior parte delle altre, fecero del loro meglio perchè ogni servizio del manicomio fosse, per quanto possibile, completo; perchè quell'asilo aperto alla luce, circondato dal verde delle nostre colline, fosse veramente un luogo di sollievo e di cura per i poveri ricoverati e in pari tempo un ambiente adatto agli studi severi dei valorosi sanitari che con abnegazione, dottrina e coscienza attendono a lottare contro la più grande sciagura che possa colpire l'umanità.

E noi saremo veramente lieti, se voi, con la vostra competenza ed esperienza, potrete riportare la convinzione, nel visitare quello Stabilimento, che alla buona volontà dell'Amministrazione provinciale non hanno troppo male o troppo poco corrisposto le opere eseguite, le riforme compiute.

Disgraziatamente, per cause varie e complesse, il numero degli alienati è da noi, come altrove, in aumento. Ma dai progressi della scienza freniatrica che ha avuto ed ha in Italia cul-

tori eccelsi, tanto che il nostro paese può vantarsi negli studi psichiatrici ed affini di tenere il primato nel mondo (nobile affermazione anche questa della grandezza del genio latino) è da attendersi molto nella lotta contro le malattie, e dagli studi vostri è da sperare con fondamento possa essere aperta la strada a nuovi trionfi.

Certo è che la via che a voi si presenta dinanzi è aspra, è irta di difficoltà che appariscono insormontabili, è oscurata da incognite gravi come tutto ciò che si riferisce alla psiche, ma di fronte alla forza e alla luce vivida della scienza molte nuove e luminose vittorie potranno ottenersi.

Ed è animato da questa fiducia che a nome della Deputazione provinciale dell' Umbria, che mi onoro di rappresentare, formo l'augurio più fervido per l'esito dei lavori che con alta mente e con intelletto d'amore, voi siete per iniziare.

Discorso del Presidente della Società Freniatrica Italiana, Prof. Tamburini.

Il mio primo saluto si volge alla nobile Città che così signorilmeate ci ospita in questa storica, splendida sede; a questa vetusta capitale della verde Umbria, dove Natura ed Arte hanno a piene mani profuso bellezze meravigliose, dove i ricordi di un glorioso passato, e il rapido sviluppo di recenti progressi, rivelano quella popolazlone fiera, industre e forte, che, nel molteplice svolgimento delle sue grandi energie, ha sempre serbato vivissimo il culto per l'Arte e per la Scienza. Agli egregi Rappresentanti della Città e della Provincia dell'Umbria, e dell'illustre Ateneo Perugino, agli onorevoli Delegati del Governo, il reverente saluto dei Medici alienisti Italiani. E a voi, egregi Colleghi, che, o antichi compagni di lavoro, o giovani animosi cui si apre ancora radioso dinanzi l'avvenire della vita e della scienza, qui convenuti da ogni parte della penisola, e dai Paesi di lingua Italiana a raffermare, col frutto dei vostri studi e della vostra esperienza, la dignità e il progresso della Psichiatria Italiana, il caldo ed affettuoso saluto del cuore.

Nella lietezza di rivedervi dopo quasi 4 anni dall' ultimo dei nostri convegni, che varie circostanze vietarono di rinnovare prima d'ora, l' animo nostro è rattristato dalla perdita di molti, valorosi ed amati Colleghi. Dei quali io non vi tesserò qui l'enu-

merazione e l'elogio, lasciando, come per consuetudine, tale mesto cómpito all'egregio nostro Segretario Generale. Ma non posso a meno di ricordare quì i nomi di alcuni, che furono per tanti anni alla testa della Psichiatria Italiana e del nostro Sodalizio.

CESARE LOMBROSO — il grande Maestro di nome mondiale, quegli che, forse più d'ogni altro scienziato del secolo XIX, ha suscitato, agitato, fatto trionfare idee, principî, dottrine nuove e feconde delle più inattese applicazioni nei campi più svariati dello scibile, e più specialmente in quelli delle anomalie della psiche umana: pazzia, delinquenza, genio, e dei più gravi mali sociali, portandovi a un tempo, e in molti per il primo, l'indirizzo positivo di ricerca e il metodo sperimentale, e uno spirito di ardita ribellione ad ogni pregiudizio scientifico, politico o sociale, illuminando di luce vivissima e perenne i più reconditi recessi dell'anima umana. E mondiali furono perciò le profonde condoglianze per la sua dipartita, e mondiali sono ora le onoranze, che, ad erigergli un perenne monumento, stanno per esser rese alla sua imperitura memoria.

GASPARE VIRGILIO — mente ed animo nobilissimo, al cui nome restano legati, fra tanti altri, tre precipui titoli di gloria: la riforma del grande Manicomio di Aversa, a cui con opera assidua diede vita rigogliosa ed alta rinomanza: la creazione dei Manicomi criminali in Italia, la dimostrazione scientifica della *Natura morbosa del delitto,* per cui Cesare Lombroso chiamava il Virgilio: *Il Padre dell'Antropologia criminale.*

Egli fu per molti anni Vice Presidente della nostra Società, come Lombroso ne era da tempo Presidente Onorario.

CLODOMIRO BONFIGLI — uno dei più valorosi cultori della Patologia mentale, ch'egli più d'ogni altro, cercò, colla sua profonda coltura medica, di tenere stretta al tronco materno e fecondo della Medicina generale, da cui da più parti tendeva a

staccarsi, richiamando lo studio della pazzia alla rigorosa osservazione clinica dei malati; fu uno dei fondatori della nostra Società Freniatrica, creatore di una Lega per la protezione dei deficienti, e dedicò tutta la sua vita al culto della verità e della scienza e al sollievo dei sofferenti.

Alla memoria di questi compianti nostri eminenti Colleghi e alle loro addolorate famiglie, come a quelle degli altri di cui deploriamo la perdita, vada il nostro mesto e reverente saluto.

Malgrado sì gravi e numerose perdite, la Società nostra, specialmente col penetrarvi continuo di nuove e giovani forze, mantiene sempre prospera la sua vitalità, integre le sue tradizioni, salde le sue basi. Se rivolgiamo lo sguardo al lavoro ch' essa ha compiuto nel quarantennio dalla sua fondazione, non si può che essere orgogliosi dell' opera sua, che nei Congressi generali come nelle riunioni parziali, nelle pubblicazioni degli Atti, come in quelle dei singoli Soci, ha affermato ognor più il progresso della Psichiatria Italiana, sia nella parte scientifica che in quella tecnica, portando validissimi contributi d' indagini, di metodi e di vere scoperte anche alle Scienze affini e fondamentali, alle ricerche anatomiche e a quelle fisiologiche, all' Antropologia e alla Psicologia sperimentale, e sopratutto alla Nevropatologia, i cui cultori primi e più valorosi si contarono sempre tra le file del nostro sodalizio. Ed essa ha validamente contribuito allo sviluppo e alla moltiplicazione e alla razionale organizzazione degli Istituti manicomiali, e a raggiungere l' invocato ideale di una Legislazione uniforme per gli alienati e per i Manicomi in Italia, non trascurando di proteggere, secondo equità,

i legittimi interessi di quelli che dedicano l'opera loro a sollievo di quegli sventurati.

Ma la legge della divisione del sempre crescente lavoro scientifico da un lalo, e dall'altro l'impellente movimento generale per la soddisfazione degli accresciuti e più urgenti interessi professionali, hanno fatto sorgere, a guisa di gemmazione, dal nostro Sodalizio nuove Associazioni, le quali si propongono di svolgere più ampiamente ed in modo autonomo alcuni dei còmpiti che erano sinora devoluti unicamente alla Società nostra. E così mentre da un lato il grandioso sviluppo assunto negli ultimi tempi dagli studi nevrologici, e l'aumentato numero dei cultori di essi, hanno fatto sorgere anche tra noi, come già in altre Nazioni, una Società unicamente dedicata alle ricerche di *Nevrologia,* che già in parecchi Congressi ha affermato l'alto livello a cui sono giunti gli studi nevrologici in Italia: dall'altro il bisogno di affermare i propri diritti professionali a base di una vera lotta di classe, ha dato origine alla *Associazione tra i Medici dei Manicomi pubblici,* che ha già in parecchie riunioni calorosamente discusso e vigorosamente proclamato i postulati più essenziali per la organizzazione del servizio sanitario nei Manicomi, e per l'equo assestamento delle posizioni gerarchiche ed economiche di quelli che vi appartengono. E noi, mentre siamo lieti di rilevare che la maggior parte dei componenti il Sodalizio nevrologico appartiene alla classe dei Medici alienisti che fanno pur parte del nostro, e ad esso portano, come pure a questo nostro Congresso, cospicui contributi di ricerche tratte da quei grandi focolai di studio che sono i Manicomi, saremo pur lieti, d'altro lato, d'appoggiare coi nostri voti, ancora un volta in questa nostra riunione, i postulati, ispirati a saggezzae ed equità, dell' Associazione professionale.

E se potrebbe ora sorgere la domanda: quale sarà dunque, dopo questa divisione di lavoro, che da un canto separa una

parte dell' opera scientifica, e dall' altra rende autonoma la trattazione degli interessi di classe, quale sarà d' ora innanzi il còmpito della Società nostra, è agevole rispondere ch' esso sarà sempre alto e fecondo, degno di un Sodalizio che ha gloriose tradizioni d' uomini e di studi, poichè esso sarà l'affermazione solenne e duratura della Psichiatria Italiana, e non vi verrà mai meno sinchè integre si manterranno le basi sulle quali fu fondato ed ebbe il suo valido incremento: la concordia degli animi, l' amore alla scienza, lo spirito d' abnegazione per l' umanità sofferente.

La Psichiatria oggi attraversa un periodo di transizione e di evoluzione quale forse mai si è verificato, poichè mai come ora, in cui si cerca di gettare le fondamenta del suo rinnovamento scientifico, si sono suscitati tanti e complessi e gravi problemi, di cui urge lo studio più profondo per giungere alla loro soluzione. Mercè la quale soltanto essa potrà porsi al livello a cui sono giunte altre branche delle Scienze Mediche, ed essere veramente produttrice di efficaci e durevoli risultati pel raggiungimento dei suoi intenti, sia scientifici che tecnici e sociali.

Essi concernono principalmente, dal lato scientifico, la *Nosografia clinica, la Patogenesi e l' Anatomia patologica delle malattie mentali.*

Nella Nosografia Clinica delle malattie mentali si sono fatti indubbiamente notevoli progressi, anzi può dirsi che essa si è in gran parte rinnovata, mercè nuovi quadri nosografici, che, per opera specialmente, è giusto riconoscerlo, dell' eminente Capo della Scuola psichiatrica tedesca, il Kraëpelin, sono stati desunti sopratutto dall' accurato studio analitico di un cumulo di casi clinici, seguiti con cura assidua, per lungo periodo di tempo, nella loro evoluzione.

Ma questi stessi quadri nosografici, che costituiscono pure un notevole passo innanzi nella diagnosi del morbi mentali, come la *dementia praecox,* la psicosi maniaco-depressiva, la me-

lanconia involutiva, ecc., hanno subìto, e vanno subendo, per opera dello stesso loro Autore, dei suoi seguaci e di altri, quasi continue variazioni e allargamenti e riduzioni, dimostrando così trattarsi, più che di vere entità cliniche, di gruppi sintomatici *provvisori*, i quali perciò mantengono la Nosologia mentale in uno stato di continua transizione e lasciano aperta la maggior parte dei problemi più importanti della Clinica psichiatrica.

Ed è anche naturale che sia così, poichè la Clinica delle malattie mentali non potrà dirsi stabilmente fondata su salde e incrollabili basi, sinchè alla descrizione nosografica dei quadri clinici non corrisponderà una esatta conoscenza del *processo morboso patogenico,* di cui essi non rappresentano che le esteriori manifestazioni.

Anche su questa via si sono aperti alla Psichiatria nuovi campi d'indagine, mercè sopratutto i progressi della comune Patologia e specialmente della Patologia sperimentale. E infatti le recenti conquiste sulla genesi delle infezioni e delle intossicazioni d'origine esogena ed endogena, e gli studi sul ricambio, e sui rapporti delle lesioni dei vari visceri e specialmente degli organi a secrezione interna colle alterazioni del sistema nervoso, hanno chiarito la patogenesi di molte psicopatie, restringendo il campo delle forme così dette funzionali.

Ma quanta via resta ancora da percorrere, quanti problemi tuttora aperti nel campo clinico e sopratutto nel campo anatomo-patologico! Persino in quelle forme morbose così dette organiche, come la paralisi progressiva, l'epilessia, le demenze organiche, le psicosi tossiche, restano ancora da delimitare, dal lato clinico ed anatomico, tutte le forme molteplici che si accomunano sotto quelle sindromi complesse, senza parlare di tutte le forme acute e croniche di cui il processo anatomico cerebrale è ancora affatto ignoto. La soluzione di tanti e cosi ardui problemi non potrà aversi che dalla esatta e coscienziosa applica-

zione del metodo fondamentale di ogni branca della Scienza medica: il *metodo clinico-anatomico,* cioè dal connubio di una lunga, assidua, efficace indagine clinica delle alterazioni psico-somatiche caratteristiche e della loro evoluzione, accompagnata dalle indagini biologiche più progredite, con uno studio sistematico, fine, accurato delle lesioni anatomiche dei vari centri nervosi e di tutti gli organi più essenziali, coi metodi più recenti ed uniformi d'indagine istologica. In quest' ultimo indirizzo vi sono ancora campi completamente inesplorati; ed io ritengo veramente degni del maggiore incoraggiamento gli sforzi di quei giovani valorosi che dedicano ad esso tutte le loro energie, il cui risultato finale sarà la costituzione della Psichiatria clinica su basi scientifiche salde e sicure, e tali che, ponendo in luce l'intima genesi del morbo e il suo modo d'azione, permetta d'arrivare a combatterlo ed a vincerlo, scopo supremo della nostra Scienza, e d'ogni opera nostra.

Ma non meno importante è il còmpito della Psichiatria nel campo tecnico. La Tecnica psichiatrica ha oggi acquistato tale importanza da raggiungere il grado di una vera Scienza. Essa costituisce, coi progressi nella organizzazione dei Manicomi, nel trattamento razionale e umano dei malati, colla sistemazione dei servizi medici in modo da attuare una vera ed efficace cura individuale, coll'insegnamento professionale degli Infermieri, perchè colla propria elevazione intellettuale e morale divengano consci e validi coadiutori e continuatori dell'opera dei Medici, specialmente nella terapia morale degli alienati; colla utilizzazione curativa ed economica dei malati al lavoro, e sopratutto con una saggia organizzazione dell'Assistenza familiare degli alienati per ridonar loro una relativa libertà ed iniziativa che li riabitui alla vita familiare e sociale, costituisce, dicevo, non solo uno dei più potenti mezzi di cura per quella grande sventura che è la pazzia e per ridonare ancora, come forze utili, alla società, gli sventu-

rati che ne furono afflitti, ma rappresenta anche una delle più efficaci e feconde manifestazioni della Medicina Sociale.

Poichè la Psichiatria, fino ad ora relegata nel campo chiuso dei Manicomi, o assorbita nelle minute indagini dei Laboratori e nell'insegnamento clinico, e però sempre informata all'indirizzo positivo e ad intenti umanitari, si è dischiusa sempre più nuovi ed ampi orizzonti e si emerge ormai alla funzione di Scienza Sociale. — Lo studio delle cause della pazzia e delle umane degenerazioni, e sopratutto dell'influenza dilagante dell'eredità, e delle cagioni dell'aumento spaventoso del numero dei pazzi nei Manicomi, che solo in Italia in poco più di un trentennio è salito da 12,000 a circa 50,000; le indagini dirette alla profilassi delle malattie mentali e l'azione efficace di lotta contro le cause generali e individuali d'intossicazione e d'infezione che ne sono i più potenti fattori; la difesa sociale dagli alienati criminali, la ricostituzione della personalità morale e la utilizzazione sociale ed economica, col lavoro, dei deficienti e dei dementi, che gravano altrimenti di spese esaurienti le Amministrazioni obbligate per legge al loro mantenimento; le molteplici applicazioni della Psichiatria alle questioni forensi civili e penali, e sopratutto allo studio razionale dei fattori del delitto e a quello obiettivo del delinquente, e quindi alla prevenzione e alla cura della criminalità negli adulti e più paticorlamente nei minorenni, e la luce che essa irradia nelle scienze educative per la formazione evolutiva della psiche e sopratutto del carattere morale delle generazioni che sorgono, per formare tempre forti e resistenti nella ognor crescente e vertiginosa lotta per l'esistenza: e i dettami che da essa scaturiscono per i provvedimenti legislativi contro le piaghe più gravi che infestano la Società, rappresentano altrettante conquiste, o altrettanti còmpiti e problemi della Psichiatria, che le danno in modo ineluttabile il carattere e l'azione di *Scienza Sociale,* e rendono ormai necessario che

essa sia considerata e sanzionata dai Governi e dai popoli come una vera *Funzione di Stato.*

Tutto questo immane lavoro, per ciò che riguarda la nostra Nazione, è compito altissimo, ma altrettanto difficile, per quanto pieno di nobili soddisfazioni, del Sodalizio che raccoglie e converge le forze di tutti i Medici alienisti Italiani. Ed Esso potrà tanto meglio adempierlo ora che è liberato da un lato da ricerche scientifiche che non concernano direttamente la psiche umana, e dall'altro da acri questioni d'interesse professionale ed economico, che potevano turbare la concordia degli animi, indispensabile perchè il fascio delle forze riunite possa assolvere còmpiti così molteplici ed ardui e di interesse così vitale per l'umanità.

Così la Psichiatria Italiana, che ha saputo già acquistarsi, colle pubblicazioni e nei Congressi Internazionali, il deferente rispetto delle altre Nazioni, assurgerà ad un grado sempre più eminente fra le Scienze sorelle, e sarà uno dei fattori più efficaci del nostro progresso civile ed umanitario.

Possano questi alti ideali, che animano e spronano all'arduo lavoro il nostro Sodalizio, sempre più affermarsi, diffondersi ed esplicarsi nell'animo e nell'opera di tutti, avvincendoci tutti in un solo pensiero di carità, di solidarietà e di progresso; e, trionfando su tutte le inevitabili difficoltà e gli ostacoli che si frappongono sempre ad ogni opera alta e civile, possano essere raggiunti pel bene dell'umanità, pel decoro della nostra Nazione

---

Discorso inaugurale del prof. Agostini, Presidente del Comitato Ordinatore.

La mia prima parola, in quest'ora augurale, sia per esprimere — a nome del Comitato Ordinatore di questo Congresso — tutta la nostra gratitudine al patrio Comune che ci fu largo di aiuto prezioso, alla Deputazione Provinciale, alle Autorità e a tutte le gentili persone che, accettando di intervenire a questa nostra prima assemblea, vollero testimoniarci la loro benevola simpatia.

Al saluto portato dal nostro illustre Presidente, onore e vanto della psichiatria italiana, aggiungo il mio ben più modesto, altrettanto cordiale, anche a nome dei Medici tutti dei Manicomi dell' Umbria.

E a voi gentili Signore, a voi illustri Colleghi, lietamente porgo il benvenuto in questa terra, centro dell' Umbria verde, che gelosamente conserva nell'ipogèo dei Volunni le antichissime origine di sua stirpe, terra di sognatori e di mistici, cui sorrise alla prima alba del Medio Evo, tra le caligini da ogni parte addensate, dall' ignoranza servile, dalla prepotenza feudale e teocratica, il trionfo delle libere arti, in questo Palaggio del Popolo, donde partiva il novissimo verbo di giustizia e d'amore, dove si affermava, cinque secoli innanzi la grande rivoluzione, l' uguaglianza di tutti di fronte al lavoro, ed il lavoro solo titolo di nobiltà.

E questa terra, che seppe allora ispirare le celesti visioni nelle tele immortali del Perugino e del Sanzio, inspirava testè il

Vate della Terza Italia al *Canto dell'Amore,* sulla terrazza fiorita dove s'ergeva minacciosa la fortezza di Paolo Farnese « *ad coercendam Perousinorum audaciam* » mentre d'ogni intorno risuonava l'eco non spenta delle grida del Popolo levatosi in armi, e ruinante in un impeto di furia leonina, l'ultimo baluardo di servitù e d'oscurantismo.

E questa mia città, altamente orgogliosa di accogliervi, dà a voi, maestri e compagni di studio, il saluto augurale, e con lei i colleghi della nostra antica e gloriosa Università degli Studi, i Sanitari tutti e particolarmente i Colleghi del Manicomio Provinciale, che, quali antichi amici, vi tendono la mano.

Dal giorno che a Venezia venne proclamata Perugia sede del XIV Congresso, io affrettai con voti quest'ora auspicata che suona battesimo del rinovellamento tecnico ed edilizio del nostro Manicomlo, a cui da 23 anni dedico tutta l'opera mia.

Laggiù, ai piedi della collina fiorita, baciata dal sole, che sì fulgido sorride ai monti dell'Umbria e al verde piano, attorno al primo edificio donato nel 1821 dal Cardinale Rivarola, *perchè li miseri mentecatti fussero raccolti e tenuti con molta dolcezza di modi,* sono andati sorgendo, per volontà concorde della Direzione medica e dell'Amministrazione Provinciale, auspici il conte Rodolfo Pucci ed il mio maestro prof. Roberto Adriani, nuovi padiglioni, cui altri seguiranno, costruiti secondo le norme migliori della tecnica manicomiale, che manterranno celebrato il nostro Istituto, cui diedero fama meritata un Santi, un Massari, un Bonucci, un Adriani.

Alla festa lieta mancano purtroppo due nostri colleghi benemeriti dell'Istituto, il prof. Carlo Berarducci e il dott. Orlando Calocci, esempio di nobiltà di carattere e di vita operosa, vittima della sua missione di carità, ed alla loro memoria mando oggi il tributo doveroso del nostro profondo rimpianto.

Soltanto chi ha vissuto la vita di apostolato, di carità e di abnegazione nelle corsie dei mentecatti, può giustamente apprezzare l'opera dal medico alienista, tanto più nobile e difficile perchè si compie fra l'ingratitudine incosciente del povero folle e

coscienze delle famiglie, che ripudiano la triste sciagura, e le difficoltà più o meno palesi, create dagli amministratori che, salvo eccezioni nobilissime, considerano il medico come un megalomane od un utopista, facendogli quasi carico del gravissimo dispendio nel bilancio delle Provincie, contrastandogli sempre il compenso adeguato.

Debbono i Presidi della cosa pubblica comprendere che le nostre esigenze non rispondono soltanto a sentimento di umanità, quanto all'interesse economico della collettività, poichè guarire un alienato significa restituire un'energia alla società, diminuire del mantenimento di un cronico l'onere del bilancio; debbono intendere che nella stessa guisa che nulla si risparmia nelle malattie ordinarie per combattere la mortalità, ogni mezzo deve essere dato a noi per contrastare la demenza, che è la morte dell'intelletto.

L'aumento segnalato in ogni regione, dei malati di mente e di nervi, è purtroppo una triste realtà in rapporto diretto colla febbrile, tumultuosa, incalcolabile trasformazione avvenuta in tutti i campi della vita sociale in quest'ultimo cinquantennio; per cui, ad una vita di lavoro estenuante, di attività eccessiva, di acuta tensione emotiva, di precoci, intensi godimenti, d'improvvisi, colossali squilibri economici, è stata trascinata tutta una generazione, di cui il sistema nervoso non era sufficientemente preparato, d'onde la ecatombe dei mutilati e dei vinti.

Al grido d'allarme della società minacciata nelle sue fonti di vita della più grave delle infermità, che annichila l'individuo e ne degrada la discendenza, ha risposto la scienza nostra col lavoro raddoppiato d'indagine acuta, scrutando con studi mirabili di anatomia, di fisiopatologia e d'istologia, i più secreti recessi dell'organo misterioso e incommensurabile del pensiero, rivelando al lume della patologia generale le alterazioni del ricambio, le cause auto ed etero tossiche, le peculiari influenze trofiche delle glandule a secrezione interna, che direttamente, la delicata e mirabile struttura nervosa, disturbano ed offendono, assurgendo a dettare quelle norme profilattiche che, combattendo

la intossicazione, proibendo il soverchio dispendio dell'energia nervosa in ogni campo, varranno un giorno ad innalzare barriere sempre più resistenti alla minacciata degradazione fisica e morale dell'umanità.

Ai voti emessi nei nostri congressi, alla propaganda instancabile dei medici alienisti, si deve la migliorata assistenza dei pazzi in Italia, la legge sui manicoml e sugli alienati, la legge sulla pellagra, l'Istituto internazionale per lo studio delle cause della pazzia, il comitato di lotta contro il cretinismo endemico, le leghe antialcooliste, il nuovo progetto di legge contro l'alcoolismo, le istituzioni di cattedre di pedagogia scientifica, che intendono all'Indirizzo positivo e razionale dell'insegnamento nelle scuole, ove pur troppo con metodi didattici empirici e faraginosi si compiono i primi attentati alla integrità del sistema nervoso; e la fondazione di tutta una nuova scuola che ha rinnovato dalle fondamenta il diritto punitivo. In questi campi di vero progresso scientifico ed umanitario, pietre miliari hanno segnato GOLGI, LUCIANI, TAMBURINI, BIANCHI, MORSELLI, FERRI, VIRGILIO, SEPPILLI; e tutto un monumento *aere perennius* a sè ed alla scienza nostra innalzava CESARE LOMBROSO.

Ma se grande e feconda è stata l'opera dei nostri maestri, il cammino avanti a noi continua aspro, contrastato e lontano.

Il momento presente della vita psichiatrica è assai difficile: attraversa, per quanto concerne la carriera professionale, una crisi acuta per la difficoltà delle promozioni, per gli stipendi inadeguati, donde un malcontento ed una sfiducia che non possono non ripercuotersi sul regolare andamento degli istituti, sull'incremento degli studi.

Dal lato scientifico noi ci troviamo in un periodo di passaggio, trascinati troppo oltre dalla reazione avvenuta contro la esagerata fragmentazione analitica delle forme psicopatiche dell'epoca anteriore, fino ad aver raggiunto un semplicismo di quadri clinici veramente eccessivo; obbligati quindi ad un lavoro di analisi in base alla personalità nei vari periodi dell'esistenza, giusta i concetti antropologici e biologici che sono propri della scuola italiana.

Lampi meravigliosi di luce va gettando sul problema gigantesco e intricato della funzionalità dell' umana psiche sana ed abberrante, la indagine minuta degli elementi del sistema nervoso.

E per talune sindrome morbose, quali la paralisi generale, la sifilide cerebrale, la demenza senile, è stato possibile determinare i reperti costanti e caratteristici anatomo-patologici.

Ma tutto quanto è anomalia di associazione, alterazione di stratificazione di elementi cellulari, funzionalità fisiologica o meno dei diversi tipi di neuroni. sfugge finora ad ogni dimostrazione positiva, e, dove si rifletta che un semplice stato di coscienza corrisponde all'attività di migliaia ai elementi microscopici a struttura differenziata, a composizione chimica estremamente complessa, che vi sono anomalie mentali e morali che probabilmente corrispondono a semplici anomalie di struttura o di funzione della cellula, non traducibili forse mai nel campo del microscopio, noi non dobbiamo legittimamente pretendere troppo dall'istopatologia.

Lo studio di questa, perchè sia efficace, deve in ogni caso, clinicamente bene analizzato, indagare minutamente ogni parte del sistema nervoso, d'onde la necessità di particolari attitudini, di grandi mezzi di tecnica, che richiedono ormai una vera specializzazione in chi si dedica a questo campo di studi.

Quindi è che nei medici di manicomio, nei maestri di malattie mentali, deve prevalere l' indirizzo clinico, che dà solo il fermo fondamento, come ne ammaestra il KRAEPELIN, alla nostra vita professionale, che più direttamente incammina la nostra scienza per la via maestra della medicina generale.

Di questo salutare risveglio dell' indirizzo clinico che va verificandosi in molte scuole psichiatriche d' Italia, ci dà la riprova il tema delle relazioni generali; quello delle comunicazioni singole, che verranno trattate nel nostro Congresso, che non sarà certo inferiore ai precedenti, per concordia di sforzi, per importanza di studi.

Dimostreranno questi, e ne affida la esuberanza di tante giovani energie, che il manicomio non è il campo chiuso della

nostra attività, ma in campi sempre più vasti la psicopatia estende le sue grandi ali, dall'anatomia e dalla patologia, alla psicologia, alla filosofia, tenendo come la mistica scala di Giacobbe, i suoi pioli in terra, le sue punte nelle nubi.

In questi giorni di libero scambio intellettuale, nelle nostre riunioni, che alla severità scientifica accoppiano la simpatica cordialità della famiglia, noi ci stringeremo concordi nella difesa dei nostri interessi, nel progresso della scienza cui abbiamo fatto olocausto della parte migliore di noi, a maggior decoro e vantaggio della patria nostra.

E sia onore a voi, militi di una delle più nobili palestre di civile missione, che nelle tristi corsie ove dolora l'anima annebbiata, tra i pericoli e gli sconforti, sollevate l'intelletto ai più ardui problemi della patologia umana, e dall'analisi dei detriti dell'immane organismo sociale, traete argomento di rimedio e di profilassi, contro la degenerazione che dilaga, animati dal sentimento della vostra missione, che con intelletto di amore ne sospinge all'avanguardia di ogni più alta, di ogni più libera manifestazione dell'umano pensiero.

Nella *prima Seduta* il Presidente Prof. Agostini comunica lettere e telegrammi di adesione, e dopo la nomina dei Dottori G. Riva, E. Padovani e Fabrizi a Segretari aggiunti, annuncia la nomina delle diverse Commissioni per le *Proposte* per le *Finanze,* per la *visita al Manicomio Provinciale.*

Prende quindi la parola il Dott. Algeri Segretario Tesoriere che espone, dopo avere con acconcie parole commemorato la serie purtroppo lunga dei Colleghi defunti, la situazione morale economica della Associazione Freniatrica Italiana, che è in continuo aumento per le numerose adesioni di giovani Medici Alienisti.

Dopo tale relazione prendono la parola i Relatori del primo tema: « Alcoolismo ed epilessia ».

ALCOOLISMO ED EPILESSIA.

Fra i più importanti problemi di patologia sociale, che abbiano in questi ultimi anni richiamato l' attenzione d' igienisti e di legislatori, tiene senza dubbio il primo posto quello dell' alcoolismo, che con progressività veramente allarmante, dalle regioni più nordiche è disceso a noi, fattore di pazzia e di degenerazione, di miseria, di suicidio, di criminalità.

Il grido d' allarme contro un nemico, che minaccia così gravemente la salute fisica e mentale dell' individuo, e con conseguenze anche peggiori, quello della famiglia e della razza, venne dato dai medici alienisti: basti ricordare gli ultimi congressi di psichiatria, quello di Genova (settembre 1904), in cui uno di noi, (Seppilli), illustrando il tema « Alcoolismo e lotta antialcoolica in Italia » metteva in evidenza la grave estensione del doloroso flagello; e l' altro di Venezia (ottobre 1907), in cui largamente il Dott. Amaldi trattava dei rapporti tra alcoolismo e neuropsicopatie in Italia. Fu appunto in quest' ultimo Congresso, che la conoscenza più esatta desunta da dati statistici meno incerti e disformi, della impressionante gravità dell' alcoolismo nella maggior parte delle provincie italiane, portò, dopo ampia e ricca discussione, dopo largo contributo di osservazioni, ad un ordine

del giorno, nel quale s' invitava il Ministro della pubblica Istruzione ad ottemperare a quello, che ad avviso nostro, è il migliore tra i mezzi di lotta, e cioè, a sancire l' obbligo dell' insegnamento antialcoolista nelle scuole normali, secondarie ed elementari del Regno. Poichè non possiamo dissimularci, che la campagna contro l' ubuso delle bevande alcooliche, non potrà ottenere che effetti ben limitati negli individui, già per vecchia consuetudine intemperanti; mentre tutto è da sperarsi da una propaganda costante ed amorevole. da parte degli educatori, alle venienti generazioni.

Fu in questo stesso Congresso, che ci venne affidato il tema *Alcoolismo ed Epilessia* sul quale abbiamo oggi l' onore di riferire.

Da vari anni sono divenuti oggetto di osservazioni e di studi speciali gli stretti rapporti che passano tra epilessia ed alcoolismo. Si tratta di due forme morbose, tra le più frequenti del secolo nostro, che ora procedono associate nello stesso soggetto, ora si alternano nei membri d' nna stessa famiglia o si seguono di generazione in generazione, fornendo un contingente considerevole alla popolazione dei manicomi, degli ospedali e delle carceri.

Benchè sin dall' antichità fossero noti i rapporti dell' alcoolismo con l' epilessia, in modo che si proibiva agli epilettici l' uso del vino, bisogna giungere al secolo XVIII per trovare negli autori gti esempi che pongono in evidenza il posto che spetta all' alcool nell' etiologia degli accidenti epilettici. Si deve al medico svedese *Magnus Huss* il merito d' aver dato la prima dettagliata relazione sulle forme dell' alcoolismo cronico, distinguendo tra queste una forma epilettica. Vivendo in un paese in cui l' abuso delle bevande spiritose era spinto al massimo eccesso, prese a studiarne le conseguenze e descrisse sei forme di al-

coolismo cronico fra le quali una convulsiva e una epilettica, comprendendo nella forma convulsiva il tremore, i movimenti coreici, le scosse muscolari, le convùlsioni e nella seconda gli attacchi epilettici classici.

In seguito le ricerche sulle due sindromi morbose, alcoolismo ed epilessia, si andarono più arricchendo, massime da un trentennio circa a questa parte dopo il grido d' allarme che si sollevò in tutti i paesi civili, di fronte alla questione grave dell' alcoolismo.

Così in Francia i rapporti dell' epilessia coll' alcoolismo furono argomento di studi severi. Sin dal 1869 *Lasègue* faceva notare che in certi alcoolisti si hanno accessi francamente epilettici, i quali si manifestano con una estrema violenza, in forma tonico-clonica, seguiti da sonnolenza o da uno stato maniaco e che gli attacchi, provocati sempre da un eccesso nel bere, cessano durante i periodi di sobrietà.

Nel 1876 *Legrand du Saulle,* in un suo lavoro lavoro sull' epilessia, si occupò in modo speciale degli epilettici alcoolisti: egli vide insorgere la vertigine e l' attacco franco di epilessia nell' alcoolismo acuto, qualunque fosse la natura del liquido ingerito, le convulsioni epilettiformi nell' alcoolismo cronico e infine l' epilessia alcoolica larvata in certi ereditari, senza intossicazione acuta precedente e senza perdita di coscienza, ma con impulsioni criminose. Lavori di un certo interesse clinico sull' argomento vennero pubblicati altresì in Francia da *Drouet, Lancereaux,* i quali danno importanza all' alcool nella genesi dell' epilessia alcoolica, da *Richard* che ammette come nell' alcoolismo subacuto, in soggetti predisposti, possono aver luogo convulsioni epilettiformi, simili in apparenza ai fenomeni dell' epilessia e ai quali, egli osserva, più giustamente dovrebbe darsi il none di *accidenti alcoolici epilettiformi* anzichè quello di epilessia alcoolica. Di una grande importanza, dal punto di

vista fisiologico, sono le ricerche sperimentali sulla tossicità degli alcooli e sui loro effetti eseguite prima da *Magnan* e da *Dujardin Beaumetz* e *Audigé* e più recentemente da *Joffroy* e *Serveaux*.

L' argomento dell' epilessia alcoolica fu pure oggetto di studi importanti in Inghilterra, per parte di *Echeverria* che se ne occupò specialmente dal punto di vista statistico e, in Germania, per parte di *Galle*, di *Bratz*, di *Wartmann* e di *Neumann* che ha pubblicato sull' argomento la migliore monografia che si conosca.

In Italia i rapporti tra alcoolismo ed epilessia non hanno formato argomento di ricerche ed osservazioni speciali: se ne trova qualche accenno nei lavori che trattano dell' uno e dell' altro argomento. Ricorderemo tra i lavori più recenti un caso clinico di epilessia alcoolica del *Ramella*, uno studio di *Buccelli* che su 226 casi di epilessia ne trovò 5 soli dovuti all' alcool, e una recente pubblicazione del *Prati* che illustra le risposte al nostro questionario raccolte nel Regio Manicomio di Torino.

Per altro dando uno sguardo a quanto riguarda il problema dell' *epilessia-alcool* si riscontra, in ultima analisi, disparità di opinioni circa il valore da assegnarsi alle bevande alcooliche nella genesi dell' attacco epilettico. Così vi sono di quelli i quali ammettono che esiste una vera epilessia da alcool, che l' abuso delle bevande alcooliche, può dar luogo anche in chi non ne abbia la disposizione, alla comparsa di fenomeni epilettici e specialmente di accessi convulsivi; altri invece negano alle bevande alcooliche il valore etiologico nell' epilessia e le danno un valore affatto secondario nel senso cioè che agiscono come una causa occasionale a somiglianza delle emozioni, degli stati d' esaurimento, delle malattie febbrili tossiche. Una parte considerevole nella divergenza di tali opinioni devesi, a nostro avviso, al punto di vista da cui sono partiti gli osservatori, che alcuni hanno tratto le loro conclusioni ricercando solo nel numero dei bevi-

tori quelli divenuti epilettici ed altri invece si sono limitati a studiare negli epilettici la frequenza degli abusi alcoolici.

L' alcoolismo e l'epilessia che formano il tema della nostra relazione, sono stati studiati da noi sotto due aspetti. In primo luogo ci siamo occupati del quesito, se le bevande alcooliche possono, per sè, dare origine all' *epilessia convulsiva*, se cioè abbiano un' azione epilettogena ed, in caso affermativo, a che possa attribuirsi. In secondo luogo abbiamo preso in esame gli effetti delle bevande alcooliche nel corso dell' epilessia genuina e, in modo speciale, l'*eredo-alcoolismo* nella genesi dell' epilessia.

Allo scopo di poter usufruire, nella soluzione di questi due quesiti del materiale d'osservazione dei manicomi italiani, ricorremmo ad un questionario per quanto, a lode del vero, si debba convenire che sulle ricerche statistiche non si possa fare un grande assegnamento nella soluzione di certi problemi scientifici. Dei manicomi italiani hanno risposto solo 28: tuttavia alcuni dei risultati raccolti ci parvero meritevoli di essere presi in considerazione.

I.

Prendendo in esame le più importanti statistiche pubblicate sui rapporti tra alcoolismo ed epilessia, si rileva che l'abuso delle bevande alcooliche può generare l'epilessia.

Lo si desume da un doppio ordine di fatti:

a) Così si trovano dei dati statistici nei quali l'alcoolismo occupa un posto eminente nell'etiologia dell'epilessia come causa esclusiva degli attacchi. Ma mentre alcuni autori danno in questo gruppo di casi una proporzione piuttosto elevata, *Echeverria* 13,85 % negli uomini, 5,68 % nelle donne, *Galle* 21,91 %,

Delasiauve 8 %), altri la presentano molto ridotta. Così *Wildermuth* afferma di aver trovato solo nell' 1,4 % dei casi da lui osservati l'alcoolismo come causa esclusiva dell' epilessia.

b) Più evidenti riescono i rapporti dell' alcoolismo con l'epilessia quando si prende a considerare la frequenza di questa nei bevitori. A Berlino, dove l'epilessia alcoolica sembra essere frequente, furono osservati, secondo le statistiche di *Fürstner, Moeli* e *Siemerling,* attacchi epilettici nel 30 e 35 % dei bevitori, *Magnan, Drouet,* riscontrarono l' epilessia nel 10 % dei bevitori.

Dai risultati del nostro questionario abbiamo rilevato che sopra 6250 alcoolisti (U. 5647 D. 503) accolti nel decennio 1898-1907 in 28 manicomi italiani (Bergamo, Firenze, S. Servolo, Colorno, Imola (Osservanza), Arezzo, Pesaro, Cuneo, Piacenza, Mantova, Fermo, Verona, Venezia (S. Clemente), Lucca, Ancona, Torino, Messina, Volterra, Quarto al Mare, Sassari, Ferrara, Teramo, Girifalco, Siena, Milano, Alessandria, Brescia, Perugia, 303 (U. 282 D. 20) andarono soggetti, ad eccezione di pochi, all'epilessia convulsiva e cioè circa nella proporzione del 5 %.

Varia però molto la percentuale da un manicomio ad un altro. Dobbiamo pertanto tener presente il fatto della influenza del criterio individuale nelle statistiche. Così potemmo da uno studio accurato sulle cartelle nosografiche del manicomio di Perugia ridurre di molto il numero di coloro che figuravano con la diagnosi di epilessia alcoolica. In molti casi ci è stato possibile sapere che l'epilessia erasi già manifestata nella prima infanzia (eclampsia) e più tardi si era ridestata per l'abuso degli alcoolici, e così abbiamo dovuto rettificare non poche diagnosi. Nel manicomio di Brescia su 442 alcoolisti (U. 388 D. 54) ammessi nel decennio 1898-1907 si ebbero soltanto 3 casi di epilessia in uomini. A Perugia su 359 alcoolisti (U. 354 D. 5) si ebbero 11 casi di epilessia nei soli maschi. La percentuale maggiore degli

alcoolisti epilettici venne data da Firenze (U. 10 % D. 4 %), Torino (U. 12 % D. 6 %), Ancona (U. 13 % D. 4,3 %).

Confrontando le cifre dei nostri manicomi con quelle date dalle statistiche delle altre nazioni, si constata la minore frequenza, da noi, dell' insorgenza dell'epilessia in seguito all'uso delle bevande alcooliche: e a ciò non deve essere estranea la circostanza del minor consumo che facciamo delle bevande alcooliche distillate in paragone a quello delle nazioni centrali e nordiche dell'Europa. Così *Moeli* riscontrò le convulsioni epilettiche nel 40 % dei bevitori di *schnaps* e solo nel 5 % degli individui che, pur bevendo vino e birra, non facevano quasi affatto uso di quella bevanda. Noi abbiamo osservato che per quanto sia diffuso l'alcoolismo nella provincia di Brescia, rara è l' epilessia dovuta all'alcool, e a ciò deve contribuire certamente il minore uso delle bevande distillate in confronto a quello del vino. I nostri pochi alcoolisti epilettici erano soprattutto bevitori di liquori.

In rapporto al *sesso,* l'epilessia da alcool è di gran lunga più frequente negli uomini che nelle donne, il che si comprende facilmente in quanto, per un complesso di cause, specie per il maggior strapazzo fisico, l'abuso delle bevande alcooliche è più generalizzato nel sesso maschile. Così sui 302 casi di epilessia alcoolica raccolti nel nostro questionario si ebbero 282 maschi e 20 femmine, che confrontati tra di loro danno un rapporto di 14 a 11, mentre considerati col numero degli alcoolisti dei due sessi rispettivi (U. 5647 D. 603), danno una percentuale del 4,9 per gli uomini, del 3,3 per le donne. *Drouet* raccolse 54 casi d'epilessia alcoolica su 443 alcoolisti: di essi 45 erano uomini e 9 donne. Su 88 casi di *Reynolds* vi erano 49 uomini, su 105 casi di *Berger* 59 appartenevano al sesso maschile: di 132 casi raccolti da *Eulemburg* 73 erano maschi. Secondo osservazioni proprie di *Echeverria* il rapporto degli uomini con le donne è di

4 a 3. Nelle donne si osserva con una certa frequenza l'abuso di bevande alcooliche medicamentose (rosolii, elixir di China) e nelle clorotiche per pervertimento del gusto (acqua di colonia, antisterica ecc.). A Perugia ove si va elevando la proporzione delle *alcoolizzate*, nessun caso di epilessia alcoolica si è potuto dimostrare nelle donne.

Quanto all'*età* in cui si sviluppa l'epilessia alcoolica, le nostre ricerche confermano l'osservazione fatta dagli altri autori, e cioè la sua maggior frequenza dai 30 ai 50 anni.

Venendo ora a studiare più particolarmente in quali *forme d'alcoolismo* l'epilessia si verifica, l'osservazione clinica dimostra che in alcuni casi l'attacco convulsivo franco scoppia in seguito ad uno stato d'intossicazione alcoolica acuta ed è facile a ripetersi ad ogni nuovo abuso, mentre non riappare con l'astinenza. Generalmente però compaiono gli attacchi epilettici nel corso dell'alcoolismo cronico. Sembra che in certi bevitori abituali, le bevande alcooliche, col diminuire la resistenza del loro sistema nervoso, ingenerino una suscettibilità convulsiva, la quale si annuncia con l'accesso epilettico. In tali casi l'epilessia rappresenta spesso una manifestazione tardiva dell'alcoolismo cronico e costituisce l'*epilessia costituzionale* od *abituale dei bevitori (Drouet)*. Nell'alcoolista cronico, oltre l'attacco classico di epilessia che di solito compare a lunghi intervalli e quindi si presenta d'ordinario in serie, non sono rare le vertigini e gli attacchi convulsivi consistenti in scosse cloniche più o meno durevoli, più o meno dolorose, simili a scosse elettriche che si manifestano ai polpacci, ai muscoli flessori delle gambe e si accompagnano a offuscamenti o a perdita della coscienza *(Legrand du Saulle)*. Talvolta negli stati di alcoolismo cronico, a favorire l'epilessia concorre altresì l'arteriosclerosi *(Bratz, Luth)*. La così detta epi-

lessia *tardiva* è talvolta la conseguenza delle lesioni cerebrali indotte dall'alcoolismo cronico.

Con una notevole frequenza si osserva l'epilessia nel corso del *delirium tremens*. Secondo le osservazioni statistiche fatte da *Siemerling* alla Charité di Berlino circa un terzo degli alco listi deliranti e cronici erano stati colpiti da epilessia. In 226 casi di *delirium tremens* osservati da *Fürstiner*, 68 ebbero epilessia. Ordinariamente le convulsioni si manifestano nel corso del delirio, assai raramente dopo: talvolta costituiscono il fenomeno iniziale come in due casi di nostra osservazione. *Iacobson* osservò sopra 281 bevitori affetti da *delirium tremens* che nel 10,7 % gli attacchi convulsivi erano sopraggiunti prima che si sviluppasse il delirio. *Moeli* ha osservato l'epilessia nel 40 % dei deliranti alcoolisti.

L'*accesso convulsivo dell'alcoolista* non si differenzia in generale dall'attacco classico dell'epilessia genuina, sia per l'*aura* che frequentemente l'accompagna, sia per la fase dapprima tonica e poi clonica dei crampi e per l'abolizione della coscienza che ne costituisce un fenomeno costante. Non di rado, scomparsa la convulsione, l'alcoolista cade in uno stato di agitazione violenta con turbe allucinatorie terrificanti prevalenti nel campo dell'udito e della vista, con idee deliranti a contenuto persecutorio ed amnesia consecutiva dell'accesso, con agitazione maniacale intensa, durante la quale si osservano improvvise e violenti impulsioni all'omicidio e anche più di frequente, al suicidio che è compiuto di solito precipitando dall'alto, o con arma da taglio. Certo è che nella epilessia alcoolica la tendenza al suicidio ed all'omicidio si riscontra più di frequente che nella epilessia comune *(Echeverria)*.

L'accesso di epilessia alcoolica può comparire in seguito ad un solo abuso accidentale di bevande alcooliche, ma, ordi-

nariamente, secondo le osservazioni di *Bratz,* scoppia nei primi due anni dell'abuso alcoolico in un terzo dei casi e negli altri due terzi dopo una serie più o meno lunga di anni. Di frequente si ripete più volte in una stessa giornata e anche nello spazio di poche ore sino a produrre uno stato epilettico. In generale, trascorso lo stadio acuto dell'intossicazione alcoolica che ha generato l'attacco epilettico, specialmente nei primordi dell'alcoolismo, l'epilessia non si ripete se l'individuo si mantiene astinente. È stato notato che l'alcoolista epilettico durante il suo soggiorno nell'asilo in cui è tenuto lontano dal bere, va di rado soggetto all'epilessia e che quando questa si verifica, si tratta d'individui con alcoolismo cronico nei quali l'epilessia era già divenuta costituzionale o era concomitante dell'alcoolismo. L'attacco convulsivo da alcool suole, con l'astinenza, sparire rapidamente, ma ricompare poi facilmente appena l'alcoolista torna ad eccedere nel bere. Nel corso dell'alcoolismo cronico si hanno accessi epilettiformi analoghi a quelli che si osservano nella paralisi generale; questi accessi si alternano con attacchi congestivi apoplettiformi, non scompaiono con l'astinenza e sono l'espressione di lesioni periencefalitiche dovute alla paralisi progressiva d'origine alcoolica *(Seppilli).*

Fra gli elementi causali dell'epilessia negli alcoolisti la *predisposizione originaria o ereditaria* ha per noi una capitale importanza. Così nei casi osservati a Brescia esisteva due volte l'alcoolismo famigliare e una volta la pazzia negli ascendenti. In quelli studiati a Perugia esisteva *in tutti* ereditarietà neuro e psicopatica o eredoalcoolismo ed appariscenti erano i caratteri degenerativi di natura atavica, per cui siamo d'opinione che non possa aversi epilessia alcoolica senza una originaria abnorme costituzione dei centri nervosi, e che l'alcool diventa la causa diretta, occasionale, della crisi convulsiva. Non è infrequente,

come ha fatto notare anche *Redlich,* che esistano antecedenti morbosi nell' alcoolista epilettico, i quali fanno pensare ad una *epilessia latente*, ad una *attitudine convulsiva,* che sotto l' azione dell' alcool si manifesta con attacchi convulsivi. *Ferè* afferma di non aver trovato giammai epilettico, la cui malattia poteva essere attribuita all' alcool, che non offrisse antecedenti nevropatici sia personali, sia ereditari: l' alcool in tali casi non fa che mettere in evidenza la predisposizione. *Bratz* notò la predisposizione ereditaria 44 volte in 50 malati. Talune volte nell' alcoolista epilettico si trova la preesistenza di un trauma alla testa.

Si danno per altro dei casi, al dire di alcuni autori, nei quali l' anamnesi dell' alcoolista epilettico esclude qualsiasi predisposizione ereditaria o antecedenti personali morbosi. Così *Westphal* ha osservato che in un terzo degli individui colpiti da *delirium tremens* si ebbero attacchi epilettici senza che dessi avessero presentato per l' addietro manifestazioni epilettiche. Per altro è necessario ammettere in alcuni casi una *disposizione individuale*, indipendentemente dall' elemento ereditario, perchè altrimenti non si comprenderebbe come individui, i quali fanno uso delle stesse qualità e dosi di bevande alcooliche, rispondano in modo diverso all' azione loro, e cioè quali con forme psicopatiche, quali con forme convulsive, quali con alterazioni viscerali, e come in complesso la percentuale degli alcoolisti epilettici sia da noi così bassa.

Coll' epilessia classica di cui ci siamo fin qui occupati come conseguenza dell' intossicazione alcoolica, hanno una stretta attinenza quelle sindromi speciali accessuali con *caratteri epilettoidi* che si notano con una certa frequenza nei bevitori. Ce ne occuperemo brevemente. Noi abbiamo avuto occasione di osservarne parecchi casi nel manicomio di Brescia e nel 1901 l' egregio vice-direttore dott. Pianetta ne riportò alcuni in una sua

pubblicazione, nella quale si proponeva di rilevare l' affinità di alcune forme di psicosi-alcoolica con l' epilessia psichica.

Talune volte si tratta di uno stato crepuscolare, con offuscamento della coscienza, con note confusionali e con predominio di turbe psico-sensoriali consistenti in voci minacciose, ingiuriose, in visioni di animali, di cadaveri, di demoni, di fiamme e di fuoco, ecc. Dopo un breve periodo di permanenza di questi fenomeni il malato si risveglia da questa specie di confusione onirica e ordinariamente non conserva dell' accaduto che un ricordo pallido, confuso, lacunare.

In altri casi l' accesso s' inizia con uno stadio prodromico che è dato da umore irritabile, da disturbi sensoriali visivi e acustici, a contenuto ostile e terrorizzante che ricorda l' aura di certe forme di epilessia. A questa fase ne succede un' altra in cui l' infermo presenta un turbamento profondo della coscienza, ha il contegno di un delirante e allucinato grave, un' agitazione motoria violenta e compie atti impulsivi e talvolta brutali e criminosi. Così ricordiamo il caso di un uomo di 32 anni che dopo aver bevuto molto in una giornata, mentre era a mangiare con la sua famiglia, a un tratto si alzò, staccò un falcetto dal muro e ferì gravemente alla testa un suo amico che era stato invitato a pranzo e col quale era stato sempre in ottimi rapporti. A quanto narrarono i testimoni egli aveva ecceduto nel bere e interrogato da noi, che fummo incaricati di peritarlo, dimostrò un' *amnesia* completa del reato da lui commesso. Anche *Tamburini* nel suo noto lavoro — *dipsomania ed alcoolismo* — descrisse il caso di un alcoolista che sotto un accesso di delirio allucinatorio incosciente, aveva commesso un omicidio senza un movente alcuno.

In un caso abbiamo osservato durante un accesso di alcoolismo acuto, un' impulsione suicida. Si trattava di un alcoolista cronico che, un giorno, dopo abbondanti libazioni di vino e di

liquori, era caduto in uno stato di agitazione violenta con confusione allucinatoria: mentre mangiava, afferrò istantaneamente il coltello che era sul tavolo e si ferì la gola. Dopo qualche giorno ritornò al suo stato normale, ma non conservava nessun ricordo dell'atto commesso.

La tendenza al suicidio che è così frequente negli alcoolisti, come si rileva anche da un interessante lavoro del *Lorenzi*, deve in taluni casi essere la conseguenza di un impulso morboso, incosciente, provocato da qualche idea delirante od allucinazione del malato.

La *durata* dell'accesso è ordinariamente di pochi giorni, di rado si prolunga al di là di due settimane. Noi abbiamo osservato che il più delle volte l'accesso decorre senza febbre o con lieve ipertermia ed è seguìto da amnesia *completa* che dà una impronta significativa e caratteristica all'accesso medesimo. Già il *Tamburini* richiamò l'attenzione sul fatto che talune volte la sindrome dipsomaniaca si manifesta sotto forma di ebbrezza *profonda* ed *incosciente*. In due casi notammo che l'amnesia aveva i caratteri dell'amnesia *retrograda:* essa si estendeva agli avvenimenti che avevano preceduto di pochi giorni l'accesso come si osserva nei traumi del capo. Avemmo poi occasione di notare in due alcoolisti, nella fase iniziale dell' accesso, l' *automatismo ambulatorio*. Uno di essi si portò da Vicenza a Brescia obbedendo alla voce di S. Antonio che gli diceva di camminare. L' altro, dopo aver bevuto molto, era partito da Milano e venne arrestato nella provincia di Brescia mentre percorreva la strada provinciale dando manifesti segni di alienazione mentale. Accompagnato al manicomio, presentava all' atto dell' ammissione una espressione panofobica, con occhi sbarrati, con turbamento profondo della coscienza. Dopo pochi giorni si riebbe meravigliandosi di trovarsi al manicomio e non conservando del lungo viaggio fatto che un ricordo assai sommario ed incerto.

Il mio aiuto dott. Baccelli ha osservato al manicomio di Lucca un

alcoolista (ammesso nell'Istituto più di venti volte), nel quale subito dopo la sua dimissione, per l'abuso di alcoolici (e negli ultimi tempi anche per ingestione di modica quantità di alcool), insorgeva uno stato di forte depressione irritabile, con inquietudine motoria, cefalea, anoressia, seguìto da uno stimolo impulsivo a camminare senza scopo e a bere sempre di più, tanto che veniva poi trovato mentre si aggirava per la campagna in condizioni di completo offuscamento di coscienza. Si risvegliava poi da una specie di confusione onirica e nulla ricordava dell' accaduto. Si poteva sempre osservare dopo questi accessi catarro gastrico intenso e notevole prostrazione fisica.

I fatti cui abbiamo accennato dimostrano lo stretto rapporto che si deve ammettere tra l'epilessia e l'alcoolismo e come avesse ragione il *Lombroso*, quando affermava che l'impulsivo alcoolico debbasi considerare come una varietà del tipo epilettico. È poi degno di nota il fatto che in non pochi casi dei nostri alcoolisti che avevano presentato una sindrome epilettica psichica, esistevano evidenti segni di labe ereditaria neuropsicopatica e qualche volta l'alcoolismo famigliare.

Uno speciale interesse presenta per noi il problema che riguarda il meccanismo pel quale le bevande alcooliche danno luogo all'epilessia. Ci domandiamo perciò: l'alcool ha un'azione epilettogena? *Orfila* ha affermato da lungo tempo (1810) che nell'avvelenamento da alcool non si hanno convulsioni. Fin dal 1908, nel suo Manuale di Psichiatria, l'Agostini, per esperienze praticate su cani dietro somministrazioni di forti dosi di vino, di alcool etilico, amilico, metilico, aveva dichiarato di non essere riuscito a provocare attacchi convulsivi di sorta. E per le ultime e numerose esperienze praticate ulteriormente da lui su animali intossicati per parecchi mesi, si può rigorosamente detto fatto confermare. Anche noi abbiamo eseguito in proposito una serie di ricer-

che sperimentali consistenti nell'introdurre quotidianamente nello stomaco dei conigli e per parecchie seftimane di seguito una moderata quantità di alcool elitico. Orbene, non siamo mai riusciti a sorprendere nei nostri animali il più lieve attacco convulsivo..

L' egregio dott. *Montesano*, che ha compiuto recentemente interessanti ricerche sulle alterazioni indotte nel sistema nervoso centrale dei conigli dall' intossicazione alcoolica, non ha mai constatato attacchi convulsivi tra i sintomi presentati in vita dai conigli durante una osservazione di parecchi mesi. *Braun* nei cani alcoolizzati sperimentalmente non ha mai notato attacchi convulsivi. Lo stesso si rileva nelle ricerche classiche istituite da *Albertoni* e *Lusanna* fin dal 1874 sull'alcool, sull'aldeide e sugli eteri vinici. Le ricerche sperimentali fatte da *Joffroy* e *Serveaux* sui cani, provocando una intossicazione cronica con alcool etilico, amilico e metilico non hanno posto mai in evidenza attacchi di epilessia. Questi fatti sparimentali indurrebbero già a ritenere, da soli, che i vari alcooli, per sè, non producono epilessia; il che si accorderebbe anche con l'osservazione clinica, e cioè che l'insorgenza delle convulsioni nei bevitori, anche smodati, di vino, è un fatto assai raro a verificarsi. *Schukowscky* si occupò dell' Influenza dell'alcool sull'eccitabilità della corteccia cerebrale. Eccitò con corrente faradica la regione motrice dei cani ai quali aveva somministrato l' alcool per via gastrica o per la vena femorale, ed osservò che l'eccitabilità cerebrale non veniva modificata o si aumentava per breve tempo in modo trascurabile e che grandi dosi di alcool la diminuivano. *Magnan*, che si è occupato con grandissimo interesse del problema alcoolico sotto l'aspetto dell'epilessia, esclude che l' alcool abbia proprietà convulsivanti: nelle numerose esperienze fatte sugli animali con tutta la serie di alcooli non ebbe mai attacchi epilettici anche quando l'animale era sottoposto per lungo tempo all' uso dell'alcool. Egli non ha mai osservato casi di epilessia dipendenti unicamente da abusi

alcoolici. Quindi l'epilessia per *Magnan* non può essere considerata come la manifertazione più elevata dell'alcoolismo. Invece ha osservato veri accessi di epilessia nei cani ai quali aveva somministrato l'essenza di assenzio (5 a 15 centigr. per iniezione nelle vene, 3 a 5 gr. per via gastrica). Per ciò, secondo *Magnan*, non è l'alcool ma l'*assenzio* che è responsabile dell'epilessia dei bevitori.

A priori, l'alcool etilico di cui si fa maggior consumo nelle bevande alcooliche, non può considerarsi epilettogeno se si tien conto eziandio delle più recenti osservazioni farmacologiche sulla sua azione. Ma neanche l'opinione di *Magnan*, che cioè l'epilessia alcoolica si abbia nei soli bevitorl di assenzio, si può accettare in modo assoluto, imperocchè bisogna considerare che egli ha osservato l'epilessia in cani piccoli del peso di 6 chilogr. ai quali somministrava 4 gr. di assenzio. Ora, supponendo che l'uomo abbia una suscettibilità convulsiva uguale a quella del cane, bisognerebbe, come osserva *Drouet*, vista la differenza di peso tra l'uomo ed il cane, dare ad un adulto almeno 40 gr. di essenza di assenzio, per dar luogo agli stessi attacchi. Una prova simile con l'essenza pura non è stata mai tentata, e d'altronde è impossibile far la prova con l'assenzio del commercio perchè ce ne vorrebbero almeno 2 ettolitri per contenere la dose di 40 gr. di essenza di assenzio. Questa circostanza che occorrono dosi elevate di assenzio per produrre negli animali stati convulsivi, pongono quindi in dubbio l'opinione di *Magnan*, che le dosi di assenzio usate dall'uomo sieno capaci, per sè sole, di provocare uno stato convulsivo. D'altronde vi sono esperienze di *Cadéac* e *Meunier* che combattono la dipendenza dell' intossicazione dall'assenzio e di *Dujardin Beaumetz* che non ha notato convulsioni in seguito all' assenzio. Di più si hanno casi di epilessia alcoolica non indotti dall'assenzio. In Germania, ove non si fa abuso di assenzio, l'epilessia non appartiene ai fenomeni rari dell'alcoolismo. *Drouet*

ricevette le confessioni di persone intelligenti che affermano di aver bevuto 12, 15 e persino 18 bicchierini di assenzio in una sola giornata senza aver avuto mai alcun attacco. Egli stesso fu testimonio dell' ebbrezza prodotta in diversi individui dall' abuso enorme ed esclusivo dell'assenzio senza che le convulsioni sopraggiungessero in queste circostanze. Si potrà dire che si trattava di casi di individui privi di ogni suscettibilità convulsiva, ma il numero dei bevitori di assenzio era troppo considerevole per poterli ascrivere ad una categoria eccezionale. A conferma di questo, ricordiamo le cifre della nostra statistica nella quale si rileva che dei 302 individui epilettici sopra 6250 alcoolisti, la maggior parte aveva fatto uso esclusivo di vino, pochi di liquori e un discreto numero, di vino e di liquori contemporaneamente.

In base dunque ai fatti testè ricordati siamo indotti a ritenere che le *bevande alcooliche non esercitano*, nel senso fisiologico della parola, *un' azione epilettogena*, non contengono cioè veleni speciali atti a provocare, mercè la loro presenza, nei centri nervosi, una scarica convulsiva. Secondo noi, nella genesi dell'epilessia alcoolica si deve attribuire un gran valore, da un lato, alla originaria predisposizione organica, alla *attitudine convulsiva*, a quella abnorme, ereditaria irritabilità dei centri nervosi per cui qualsiasi intossicazione vale a provocare la nevrosi esistente allo stato di latenza, e l'alcool qual deprimente, paralizzante l'attività dei centri d' inibizione superiori, può dirsi il tossico più attivo; dall'altro lato, ai profondi disturbi del ricambio materiale indotti dall'alcoolismo cronico o acuto, pei quali si formano materiali tossici nell'organismo. Sono note le osservazioni cliniche di *Murri*, *Mussalongo, Agostini, Cristiani* e di altri, relative a casi di convulsioni epilettiche generali sotto la dipendenza di prodotti tossici svoltisi nel tubo gastro-enterico. In tali casi si ammette che l'agente morboso tossico, disturbando la nutrizione, il chimismo delle cellule nervose e alterandone l'attività dinamica, genera,

alcoolici. Quindi l'epilessia per *Magnan* non può essere considerata come la manifertazione più elevata dell'alcoolismo. Invece ha osservato veri accessi di epilessia nei cani ai quali aveva somministrato l'essenza di assenzio (5 a 15 centigr. per iniezione nelle vene, 3 a 5 gr. per via gastrica). Per ciò, secondo *Magnan*, non è l'alcool ma l'*assenzio* che è responsabile dell'epilessia dei bevitori.

A priori, l'alcool etilico di cui si fa maggior consumo nelle bevande alcooliche, non può considerarsi epilettogeno se si tien conto eziandio delle più recenti osservazioni farmacologiche sulla sua azione. Ma neanche l'opinione di *Magnan*, che cioè l'epilessia alcoolica si abbia nei soli bevitorl di assenzio, si può accettare in modo assoluto, imperocchè bisogna considerare che egli ha osservato l'epilessia in cani piccoli del peso di 6 chilogr. ai quali somministrava 4 gr. di assenzio. Ora, supponendo che l'uomo abbia una suscettibilità convulsiva uguale a quella del cane, bisognerebbe, come osserva *Drouet*, vista la differenza di peso tra l'uomo ed il cane, dare ad un adulto almeno 40 gr. di essenza di assenzio, per dar luogo agli stessi attacchi. Una prova simile con l'essenza pura non è stata mai tentata, e d'altronde è impossibile far la prova con l'assenzio del commercio perchè ce ne vorrebbero almeno 2 ettolitri per contenere la dose di 40 gr. di essenza di assenzio. Questa circostanza che occorrono dosi elevate di assenzio per produrre negli animali stati convulsivi, pongono quindi in dubbio l'opinione di *Magnan*, che le dosi di assenzio usate dall'uomo sieno capaci, per sè sole, di provocare uno stato convulsivo. D'altronde vi sono esperienze di *Cadéac* e *Meunier* che combattono la dipendenza dell' intossicazione dall'assenzio e di *Dujardin Beaumetz* che non ha notato convulsioni in seguito all' assenzio. Di più si hanno casi di epilessia alcoolica non indotti dall'assenzio. In Germania, ove non si fa abuso di assenzio, l'epilessia non appartiene ai fenomeni rari dell'alcoolismo. *Drouet*

ricevette le confessioni di persone intelligenti che affermano di aver bevuto 12, 15 e persino 18 bicchierini di assenzio in una sola giornata senza aver avuto mai alcun attacco. Egli stesso fu testimonio dell' ebbrezza prodotta in diversi individui dall' abuso enorme ed esclusivo dell'assenzio senza che le convulsioni sopraggiungessero in queste circostanze. Si potrà dire che si trattava di casi di individui privi di ogni suscettibilità convulsiva, ma il numero dei bevitori di assenzio era troppo considerevole per poterli ascrivere ad una categoria eccezionale. A conferma di questo, ricordiamo le cifre della nostra statistica nella quale si rileva che dei 302 individui epilettici sopra 6250 alcoolisti, la maggior parte aveva fatto uso esclusivo di vino, pochi di liquori e un discreto numero, di vino e di liquori contemporaneamente.

In base dunque ai fatti testè ricordati siamo indotti a ritenere che le *bevande alcooliche non esercitano,* nel senso fisiologico della parola, *un' azione epilettogena,* non contengono cioè veleni speciali atti a provocare, mercè la loro presenza, nei centri nervosi, una scarica convulsiva. Secondo noi, nella genesi dell'epilessia alcoolica si deve attribuire un gran valore, da un lato, alla originaria predisposizione organica, alla *attitudine convulsiva,* a quella abnorme, ereditaria irritabilità dei centri nervosi per cui qualsiasi intossicazione vale a provocare la nevrosi esistente allo stato di latenza, e l'alcool qual deprimente, paralizzante l'attività dei centri d' inibizione superiori, può dirsi il tossico più attivo; dall'altro lato, ai profondi disturbi del ricambio materiale indotti dall'alcoolismo cronico o acuto, pei quali si formano materiali tossici nell'organismo. Sono note le osservazioni cliniche di *Murri, Massalongo, Agostini, Cristiani* e di altri, relative a casi di convulsioni epilettiche generali sotto la dipendenza di prodotti tossici svoltisi nel tubo gastro-enterico. In tali casi si ammette che l'agente morboso tossico, disturbando la nutrizione, il chimismo delle cellule nervose e alterandone l'attività dinamica, genera,

quando trovi il terreno adatto allo sviluppo della nevropatia, i fenomeni convulsivi caratteristici dell' epilessia. L' autointossicazione dell'organismo si determina sia per l'eccessiva produzione dei materiali tossici, sia per l' insufficiente funzionalità degli organi protettori destinati alla loro eliminazione. Ora noi sappiamo quanto frequenti siano le alterazioni del tubo gastro-enterico e dello stomaco in ispecie (alterata secrezione e motilità gastrica per gastrite cronica, donde notevoli alterazioni fermentative e putrefattive degli alimenti) nei bevitori, e perciò ci sembra logica l' induzione che in molti casi l'epilessia alcoolica possa attribuirsi ad uno stato d'intossicazione del corpo che ha per punto di partenza l'apparato digerente. Così pure, data la frequenza con la quale le affezioni renali si presentano nell' alcoolismo cronico, devesi tener presente la possibilità di uno stato uremico nella genesi dell' epilessia alcoolica, essendo stato dimostrato dalle ricerche sperimentali di *Landois* che le sostanze estrattive ed i sali contenuti nell'orina (creatina, creatinina, fosfati acidi di calce) provocano sui centri motori dei cani e dei conigli attacchi convulsivi simili a quelli dell'uomo.

Ugualmente le alterazioni del fegato non possono non essere tenute in conto nella genesi dell' epilessia alcoolica. *Agostini*, nello studio del metabolismo organico in cani avvelenati cronicamente con alcool, ha trovato fenomeni indubbi d'insufficienza epatica con abbassamento del coefficiente azoturico: con diminuzione quindi della capacità delle cellule epatiche a provocare le metamorfosi ossidative. Ora sono noti gli studi di *Krainski*, *Guidi* e *Donath* sull'importanza dei composti dell' ammoniaca, fra cui l'acido carbamico, quale elemento autotossico valevole a provocare l' insulto epilettico, e quindi possiamo ritenere che in taluni casi l'alcool, disturbando gravemente la funzione epatica per forza di autointossicazione, provochi indubbiamente l'epilessia.

L' ipotesi di una autointossicazione caratteristica emessa da

Elsholz nei casi di *delirium tremens*, che cioè l'alcool agisce, per così dire, come contravveleno contro lo stato d'intossicazione indotto dall'alcoolismo cronico, per cui basta un breve periodo di astinenza per esacerbare lo stato d'intossicazione e dar luogo quindi al *delirium tremens*, non trova alcuna conferma nei casi di epilessia alcoolica, in quanto che l'osservazione clinica dimostra che spesso l'astinenza arresta l'attacco convulsivo. In molti casi pare che il *delirium tremens* sia l'espressione di una malattia infettiva, nella quale l'alcoolismo cronico imprime caratteri clinici speciali *(Bonhoffer)*.

Quale posto dobbiamo assegnare in *nosologia all'epilessia alcoolica?* *Wartmann* trova ingiustificata la figura di una epilessia alcoolica e *Tanzi* propende per tale opinione. Secondo *Wldermuth* l'alcool svela l'epilettico e basta un solo eccesso alcoolico per mettere in luce una epilessia ignorata. Noi pure crediamo che l'epilessia alcoolica non si debba considerare come un' entità morbosa perchè non presenta caratteri clinici specifici nella forma e nel decorso dell' accesso convulsivo. L' epilessia alcoolica rientra in quei stati d' intossicazione accidentale che costituiscono una delle cause della nevrosi epilettica (piombo, arsenico, ecc.) e va considerata come un fenomeno parziale, una manifestazione dell'alcoolismo, e di quello cronico in ispecie, pel quale l'epilessia può assumere eziandio una forma abituale. L' alcool in questi casi agisce a guisa di tanti altri stimoli patologici, da elemento *provocatore* o *rivelatore*, favorisce l' estrinsecarsi di una disposizione epilettica ch' era rimasta latente. Naturalmente nella genesi della epilessia da alcool va tenuta in massimo conto la predisposizione individuale che favorisce il terreno adatto all'esplosione dell'attacco, quando esista lo stato d' intossicazione. Anche l'anatomia patologica dell' epilessia alcoolica non ci dà alcun elemento per ammettere la specificazione clinica di questa

quando trovi il terreno adatto allo sviluppo della nevropatia, i fenomeni convulsivi caratteristici dell' epilessia. L' autointossicazione dell'organismo si determina sia per l'eccessiva produzione dei materiali tossici, sia per l' insufficiente funzionalità degli organi protettori destinati alla loro eliminazione. Ora noi sappiamo quanto frequenti siano le alterazioni del tubo gastro-enterico e dello stomaco in ispecie (alterata secrezione e motilità gastrica per gastrite cronica, donde notevoli alterazioni fermentative e putrefattive degli alimenti) nei bevitori, e perciò ci sembra logica l' induzione che in molti casi l'epilessia alcoolica possa attribuirsi ad uno stato d'intossicazione del corpo che ha per punto di partenza l'apparato digerente. Così pure, data la frequenza con la quale le affezioni renali si presentano nell' alcoolismo cronico, devesi tener presente la possibilità di uno stato uremico nella genesi dell' epilessia alcoolica, essendo stato dimostrato dalle ricerche sperimentali di *Landois* che le sostanze estrattive ed i sali contenuti nell'orina (creatina, creatinina, fosfati acidi di calce) provocano sui centri motori dei cani e dei conigli attacchi convulsivi simili a quelli dell'uomo.

Ugualmente le alterazioni del fegato non possono non essere tenute in conto nella genesi dell' epilessia alcoolica. *Agostini*, nello studio del metabolismo organico in cani avvelenati cronicamente con alcool, ha trovato fenomeni indubbi d'insufficienza epatica con abbassamento del coefficiente azoturico: con diminuzione quindi della capacità delle cellule epatiche a provocare le metamorfosi ossidative. Ora sono noti gli studi di *Krainski*, *Guidi* e *Donath* sull'inportanza dei composti dell' ammoniaca, fra cui l'acido carbamico, quale elemento autotossico va'evole a provocare l' insulto epilettico, e quindi possiamo ritenere che in taluni casi l'alcool, disturbando gravemente la funzione epatica per forza di autointossicazione, provochi indubbiamente l'epilessia.

L' ipotesi di una autointossicazione caratteristica emessa da

Elsholz nei casi di *delirium tremens*, che cioè l' alcool agisce, per così dire, come contravveleno contro lo stato d' intossicazione indotto dall'alcoolismo cronico, per cui basta un breve periodo di astinenza per esacerbare lo stato d' intossicazione e dar luogo quindi al *delirium tremens*, non trova alcuna conferma nei casi di epilessia alcoolica, in quanto che l'osservazione clinica dimostra che spesso l'astinenza arresta l'attacco convulsivo. In molti casi pare che il *delirium tremens* sia l'espressione di una malattia infettiva, nella quale l'alcoolismo cronico imprime caratteri clinici speciali *(Bonhoffer)*.

Quale posto dobbiamo assegnare in *nosologia all' epilessia alcoolica?* *Wartmann* trova ingiustificata la figura di una epilessia alcoolica e *Tanzi* propende per tale opinione. Secondo *Wildermuth* l'alcool svela l' epilettico e basta un solo eccesso alcoolico per mettere in luce una epilessia ignorata. Noi pure crediamo che l'epilessia alcoolica non si debba considerare come un' entità morbosa perchè non presenta caratteri clinici specifici nella forma e nel decorso dell' accesso convulsivo. L' epilessia alcoolica rientra in quei stati d' intossicazione accidentale che costituiscono una delle cause della nevrosi epilettica (piombo, arsenico, ecc.) e va considerata come un fenomeno parziale, una manifestazione dell'alcoolismo, e di quello cronico in ispecie, pel quale l'epilessia può assumere eziandio una forma abituale. L' alcool in questi casi agisce a guisa di tanti altri stimoli patologici, da elemento *provocatore* o *rivelatore*, favorisce l' estrinsecarsi di una disposizione epilettica ch' era rimasta latente. Naturalmente nella genesi della epilessia da alcool va tenuta in massimo conto la predisposizione individuale che favorisce il terreno adatto all'esplosione dell'attacco, quando esista lo stato d' intossicazione. Anche l' anatomia patologica dell' epilessia alcoolica non ci dà alcun elemento per ammettere la specificazione clinica di questa

quando trovi il terreno adatto allo sviluppo della nevropatia, i fenomeni convulsivi caratteristici dell' epilessia. L' autointossicazione dell'organismo si determina sia per l'eccessiva produzione dei materiali tossici, sia per l' insufficiente funzionalità degli organi protettori destinati alla loro eliminazione. Ora noi sappiamo quanto frequenti siano le alterazioni del tubo gastro-enterico e dello stomaco in ispecie (alterata secrezione e motilità gastrica per gastrite cronica, donde notevoli alterazioni fermentative e putrefattive degli alimenti) nei bevitori, e perciò ci sembra logica l' induzione che in molti casi l'epilessia alcoolica possa attribuirsi ad uno stato d'intossicazione del corpo che ha per punto di partenza l'apparato digerente. Così pure, data la frequenza con la quale le affezioni renali si presentano nell' alcoolismo cronico, devesi tener presente la possibilità di uno stato uremico nella genesi dell' epilessia alcoolica, essendo stato dimostrato dalle ricerche sperimentali di *Landois* che le sostanze estrattive ed i sali contenuti nell'orina (creatina, creatinina, fosfati acidi di calce) provocano sui centri motori dei cani e dei conigli attacchi convulsivi simili a quelli dell'uomo.

Ugualmente le alterazioni del fegato non possono non essere tenute in conto nella genesi dell' epilessia alcoolica. *Agostini*, nello studio del metabolismo organico in cani avvelenati cronicamente con alcool, ha trovato fenomeni indubbi d'insufficienza epatica con abbassamento del coefficiente azoturico: con diminuzione quindi della capacità delle cellule epatiche a provocare le metamorfosi ossidative. Ora sono noti gli studi di *Krainski*, *Guidi* e *Donath* sull' inportanza dei composti dell' ammoniaca, fra cui l'acido carbamico, quale elemento autotossico va'evole a provocare l' insulto epilettico, e quindi possiamo ritenere che in taluni casi l'alcool, disturbando gravemente la funzione epatica per forza di autointossicazione, provochi indubbiamente l'epilessia.

L' ipotesi di una autointossicazione caratteristica emessa da

Elsholz nei casi di *delirium tremens*, che cioè l'alcool agisce, per così dire, come contravveleno contro lo stato d'intossicazione indotto dall'alcoolismo cronico, per cui basta un breve periodo di astinenza per esacerbare lo stato d'intossicazione e dar luogo quindi al *delirium tremens*, non trova alcuna conferma nei casi di epilessia alcoolica, in quanto che l'osservazione clinica dimostra che spesso l'astinenza arresta l'attacco convulsivo. In molti casi pare che il *delirium tremens* sia l'espressione di una malattia infettiva, nella quale l'alcoolismo cronico imprime caratteri clinici speciali *(Bonhoffer)*.

Quale posto dobbiamo assegnare in *nosologia all'epilessia alcoolica?* *Wartmann* trova ingiustificata la figura di una epilessia alcoolica e *Tanzi* propende per tale opinione. Secondo *W ldermuth* l'alcool svela l'epilettico e basta un solo eccesso alcoolico per mettere in luce una epilessia ignorata. Noi pure crediamo che l'epilessia alcoolica non si debba considerare come un' entità morbosa perchè non presenta caratteri clinici specifici nella forma e nel decorso dell'accesso convulsivo. L'epilessia alcoolica rientra in quei stati d'intossicazione accidentale che costituiscono una delle cause della nevrosi epilettica (piombo, arsenico, ecc.) e va considerata come un fenomeno parziale, una manifestazione dell'alcoolismo, e di quello cronico in ispecie, pel quale l'epilessia può assumere eziandio una forma abituale. L'alcool in questi casi agisce a guisa di tanti altri stimoli patologici, da elemento *provocatore* o *rivelatore*, favorisce l'estrinsecarsi di una disposizione epilettica ch' era rimasta latente. Naturalmente nella genesi della epilessia da alcool va tenuta in massimo conto la predisposizione individuale che favorisce il terreno adatto all'esplosione dell'attacco, quando esista lo stato d'intossicazione. Anche l'anatomia patologica dell'epilessia alcoolica non ci dà alcun elemento per ammettere la specificazione clinica di questa

forma. L' esame del cadavere di individui epilettici alcoolisti non presenta alterazioni speciali del cervello, ma ordinariamente pone in evidenza quelle alterazioni che sono comuni all' alcoolismo cronico (ematoma della dura madre, arteriosclerosi, inspessimento diffuso delle meningi, sclerosi del corno d'Ammone, ecc.) e che pel meccanismo patogenico dell' attacco epilettico hanno una scarsa o nessuna importanza. D' altronde sono stati descritti anche dei casi nei quali mancava qualsiasi alterazione nel sistema nervoso centrale *(Moeli)*. Dobbiamo quindi ritenere che le bevande alcooliche non determinano in generale lesioni cerebrali organiche specifiche alle quali si possano attribuire i fenomeni dell' epilessia.

G. SEPPILLI (relatore).

II.

La questione che nei riguardi soprattutto della patologia sociale, offre ii maggiore interesse e che tanto l'esperienza comune come le indagini cliniche e sperimentali hanno concordemente messa in evidenza, della influenza deleteria cioè indotta dall' azione degli alcoolici sull'organismo fisico e psichico dei discendenti, meritava da parte nostra di essere trattata in rapporto alla epilessia.

Noi non ci occuperemo quindi della preponderante influenza che è da attribuirsi all'alcool nella patogenesi delle forme degenerative più impressionanti che si riscontrano nella prole dei bevitori intemperanti.

L' idiotismo e l' imbecillità, la epilessia e l' isterismo, la criminalità e il mattoidismo, la tendenza irresistibile al bere, riconoscono in un buon numero di casi, quale elemento patogenetico, l'alcoolismo negli ascendenti.

Osservazioni antiche e recenti d'indagatori scrupolosi, notizie statistiche sufficientemente attendibili, stanno a provare questo postulato che è divenuto ormai assioma della clinica psichiatrica.

Il degradamento fisico e morale della prole degli alcoolisti, molti secoli innanzi che il *Morel* con rigore di legge ne fissasse il ciclo fatale, aveva la esperienza volgare segnalato.

Persino la mitologia parla di Vulcano che generato da Giove in stato di ebbrezza venne alla luce così deforme che fu cacciato dall' Olimpo.

Tuo padre, diceva Diogene ad un fanciullo scemo, era ubriaco quando tua madre ti concepì.

Plutarco afferma che l'uomo preso dai fumi di Bacco sparge

il mal seme ed Aristotile insegnava che le madri ubriache generano i fanciulli ubriachi.

Opportunamente Cartagine statuiva che fosse il vino proibito nel dì delle nozze e quando Roma era maestra di civiltà, puniva severamente la donna che avesse bevuto durante la gestazione e nel tempo che dava il seno alla sua creatura.

Quando le sacre scritture profetizzano che le colpe dei padri ricadranno sulla terza generazione e fino alla quarta, fanno allusione evidente alla intemperanza del bere.

Da *Darwin* che afferma che tutte le malattie prodotte dall'abuso di alcoolici sono ereditarie e trasmissibili fino alla terza generazione, a *Morel* che non si peritò di affermare che non vi è altra malattia in cui la influenza ereditaria sia così fatale e caratteristica, a *Lasègue*, a *Magnan*, a *Legrain* che scrisse il più bello studio sull' Ereditarietà ed Alcoolismo, a *Lombroso* che dette all'alcool tanta parte nella genesi della criminalità e della epilessia, tutti gli scrittori più reputati in patologia mentale sono concordi nel giudizio dei tristi effetti che pel tramite della ereditarietà si fanno risentire sulla razza.

Prendendo a considerare i *rapporti* fra l' *eredo-alcoolismo* e la *epilessia*, noi dobbiamo determinare la importanza e la vera estenstone di questo momento etiologico, facendo una cernita accurata dei dati in proposito riferiti, scartando le affermazioni di coloro che ripetono, senza lume di critica, le affermazioni di quanti li hanno preceduti sull'argomento, e di altri che da affastellate notizie statistiche deducono cifre percentuali che se possono riuscire impressionanti, non rispondono altrettanto alla realtà dei fatti.

Non è facile d' altronde, come facemmo già notare nella prima parte della nostra relazione, sulla semplice scorta di diagnosi annotate nei registri, sceverare quel complesso di cause che presiede tl più spesso alla patogenesi dei fatti degenerativi

e se noi pure abbiamo richieste tali notizie. agli altri Frenocomi, lo abbiamo fatto per avere un criterio d' indole generale, mentre maggiormente ci affideranno i dati che particolarmente ciascuno di noi ha potuto rilevare nei malati tenuti in osservazione nel proprio Istituto.

Nel 1860 *Demeaux* presentò all'Accademia delle Scienze uno studio sull' influenza dell'ubriachezza sulla fecondazione portando fatti da lui ben controllati dimostranti che i fanciulli generati dietro libazioni copiose erano nati idioti o epilettici.

Dechau riferisce di un bevitore che ebbe contatto con la moglie nelle ultime libazioni di una *novena bacchica* e ne nacque una creatura dopo pochi mesi eclampsica e in seguito epilettica.

Nairot, Mercé, Perrin, Magnan, per tacere di altri, riferiscono di fatti da loro osservati di famiglie nelle quali i soli figl generati in istato di ubriachezza del padre presentavano fatti d idiotismo e di epilessia.

Riferiamo dal noto libro del *Fazio,* l' esempio di un individuo alcoolista che ebbe con la prima moglie 16 fanciulli, dei quali 15 sono morti avanti 3 anni di convulsione, e il vivente è epilettico; con la seconda 8 fanciulli, dei quali 7 sono morti per convulsione.

Il prof. *Demme* di Berna ha tenuto dietro per 12 anni alla discendenza di 20 famiglie e in 10 delle quali uno o tutti due i genitori abusavano d'alcoolici, e nelle altre 10 erano sobri. Dei 57 figli del primo gruppo, 25 morirono nei primi mesi di vita, 6 divennero idioti, 5 furono epilettici e solo 10 ebbero normale sviluppo fisico e psichico. Dei 61 figli dell'altro, 50 ebbero costituzione fisica e psichica normale.

Tali risultati molto eloquenti presentano un lato debole, come giustamente nota il *Pieraccini,* e cioè di aver trascurato la predisposizione individuale dei capostipiti di queste famiglie. Osser-

vazioni analoghe condotte con rigore di analisi riferiscono *Seppilli* e *Lui*.

Roubinovich sopra 140 casi di epilessia ne trovò 90 (40 °|₀) i cui antenati diretti erano stati alcoolisti.

Moreau riscontrò il 19,5 °|₀ di genitori alcoolisti negli epilettici.

Feré trovò tra gli ascendenti di 308 epilettici, 118 casi e cioè il 38,31 °|₀ di alcoolisti, mentre in 288 donne epilettiche riscontrò ascendenti alcoolisti 130 volte, ossia nella proporzione del 46,92 °|₀.

Binswanger notò l'alcoolismo 23 volte, ossia nel 19,49 °|₀ in 118 casi di epilessia così distribuiti: 17 casi da parte del padre, 4 da parte del nonno paterno e 2 dalla madre.

Legrain ha studiato 215 fanciulli di alcoolisti. Da essi vennero al mondo 518 fanciulli, di cui 56 erano colpiti da epilessia e 11 da istero-epilessia.

Recentemente *Neumann* raccogliendo i dati statistici di *Echeverria, Martin,* e *Demme* venne a queste conclusioni: che i figli dei bevitori ammalarono di epilessia nella proporzione del 16,39 °|₀; che uno o ambedue i genitori erano alcoolisti nel 23 °|₀; che i figli degli alcoolisti avevano sofferto di *eclampsia infantum* nel 33,46 °|₀.

Lancereaux su 410 fanciulli discendenti da alcoolisti ne vide morire 100 di convulsioni e 83 essere epilettici; su 96 epilettici di Voisin 12 avevano parenti alcoolisti.

Secondo *Clarcke* il 23 °|₀ degli uomini epilettici e il 10 °|₀ delle donne epilettiche discendono da alcoolisti.

Secondo *Tonnini* l' 8 °|₀ dei suoi epilettici erano figli di alcoolisti.

Moreau de Tours su 124 epilettici trovò 24 volte negli ascendenti la ubriachezza.

Roncoroni su 50 epilettici ne trovò 16 da genitori alcoolisti.

Feré trovò su 514 epilettici 248 parenti alcoolizzati.

Bourneville trova il 51 % di alcoolisti nei parenti degli epilettlci.

Secondo il *Vildelmont* l' alcoolismo dà origine all' epilessia nei discendenti nel 21 %.

Martin afferma che dei figli sopravviventi degli alcoolisti, un terzo ammala d'epilessia.

• Nel Frenocomio di Siena nel periodo dal 1877 al 1885 su 300 epilettici si trovò eredità diretta da alcoolismo in 15.

Seppilli e *Lui* che fecero indagini proprie ed accurate sulla discendenza di alcoolisti, usufruendo del ricco materiale fornito dal Frenocomio di Brescia, trovarono che la epilessia figurava nel 12 % dei casi con alcoolismo dei genitori.

Dalla disanima portata da noi nel Manicomio di Perugia per oltre un decennio negli individui affetti da epilessia, si è potuto stabilire, con sufficiente esattezza, che nel 10 % dei casi vi era stato l'abuso di alcoolici nei genitori.

Non si è potuto però escludere il dubbio che è venuto per la osservazione clinica di molti bambini eclampsici, figli di alcoolici ai quali abitualmente fino dai primi mesi di vita si somministrava il vino, che cioè in molti di questi epilettici insieme all'alcoolismo dei genitori coesistesse l'avvelenamento precoce di alcoolici, essendo nella famiglia degli alcoolisti abituale tale somministrazione, cui serve di scusa l'inconsulto proverbio che corre sulla bocca delle nostre donnicciuole: *latte e vino fanno un bel bambino.*

Alle dette osservazioni sui precedenti di alcoolismo nei fanciulli eclampici fanno riscontro quelle del dott. *Max Kassowitz* che constatò accessi convulsivi in bambini cui venivano somministrati medicamenti addizionali di alcool. E degno di speciale menzione è il fatto che in quegli epilettici nei quali residuavano fenomeni di cerebroplegia infantile, l'alcoolismo dei genitori saliva alla proporzione del 30 %.

Per meglio illustrare i rapporti tra eredo-alcoolicismo ed epilessia, abbiamo rivolto un questionario ai Frenocomi Italiani nel quale si chiedeva il numero degli epilettici ammessi dal 1398 al 1907 e nei quali era stato notato:

l' alcoolismo *del padre e della madre*,

l' alcoolismo del *solo padre*,

l' alcoolismo della *sola madre*,

l' alcoolismo degli *altri membri della famiglia*.

Risposero 27 Frenocoml dando un totale di 4876 epilettici (U. 3277, D. 1599).

Orbene, l' alcoolismo dei *genitori* venne notato 191 volte, 0,4 °/₀ (U. 135, D. 56).

L'alcoolismo del solo *padre* 726 volte (U. 494, D. 232) 14 °/₀.

L' alcoolismo della *sola madre* 137 volte (U. 71, D. 66) 0,2 °/₀.

L'alcoolismo di altri *membri della famiglia* 134 volte (U. 86, D. 48) 0,2 °/₀.

Le percentuali riferite variano dunque notevolmente fra loro e secondo gli osservatori. Le quote del resto non si discostano troppo dalle medie sopracitate degli altri manicomi.

Tenendo però conto principalmente di queste nostre, nelle quali si è potuto, forse con maggiore esattezza, stabilire le relative notizie, vediamo che limitando pure tra il 10 e il 12 °/₀ la media di individui epilettici che per causa diretta dell'alcoolismo dei genitori ammalarono di epilessia, noi possiamo confermare con una certa esattezza la diretta innegabile influenza di questo fattore tossico sulla più imponente e degradante delle neuropatie.

Interessante si presenta il quesito se nell' eredo-alcoolista epilettico l' alcool direttamente abbia lesi i centri nervosi determinando una originaria condizione di nevrosi epilettica, ovvero abbia indotto una particolare vulnerabilità, una predisposizione neuropatica di questi, da risentire occasionalmente la influenza di

sostanze tossiche capaci di provocare le crisi epilettiche; se cioè egli sia un epilettico nato, o un predisposto all' epilessia.

Sono note le ricerche di *Oriza*, di *Reis* e principalmente di *Ferè* che hanno dimostrato come esponendo le uova di pollo o di uccello ai vapori di alcool, specie se amilico, durante il periodo della incubazione, si ottenevano oltre il 35 °|₀ di neonati con gravi mostruosità.

Più recentemente il *Ceni* (1904) con una serie di esperimenti eseguiti su polli alcoolizzati con alcool etilico dimostrò nel modo il più evidente come l' intossicazione alcoolica nuoccia non solo alla fecondità degli ascendenti, ma determini anche nei discendenti, oltre arresti di sviluppo in *toto*, anomalie ed arresti parziali del germe embrionale per lesioni primarie avvenute negli annessi ovulari. Risultati pressochè identici ottenne *Mirto* nelle sue ricerche con alcool etilico sul sistema nervoso embrionale. Anche *Frisco* constatò costantemente un' alterazione organica della struttura intima dell'ovaia in animali nei quali provocava uno stato di avvelenamento acuto o cronico con alcoo-*amilico*. Lo stesso autore nel cervello di feti di conigli nati da madri intossicate con alcool amilico e morti dopo la nascita, trovò una dilatazione delle vie linfatiche della sostanza bianca (stato cribroso), cellule nervose scarse di numero e ridotte di volume. Riscontrò pure in piccoli conigli nati da madri alcoolizzate, quando sopravvivevano uno o due mesi dopo la nascita, la comparsa di attacchi epilettici, con iniezioni di 20 c. c. di alcool amilico allungato con acqua distillata. Di cinque neonati nati da un sol parto da una cagna intossicata con alcool, uno ha presentato, sin dal secondo mese della vita extrauterina, convulsioni a tipo epilettico. L' intossicazione etilica cronica nei galli adulti determina, secondo le recentissime esperienze di *Todde*, un rallentamento nell' attività funzionale dei testicoli e, talune volte, un vero arresto della spermatogenesi.

Uno di noi (Agostini) ha fatto per un lungo periodo una serie di osservazioni in cagne gravide intossicate con alcool etilico nella proporzione di cmc. 2 per kilo, dose che corrisponderebbe ad un doppio litro di vino al giorno in un uomo di kili 65.

In un caso, avvenuto il parto, si ebbero due cani nati-morti, e un terzo vivente, piccolo senza deformazioni apparenti che moriva il 25° giorno senza avere aperti gli occhi, e senza riuscire a reggersi sulle gambe. La madre, che durante l'allattamento continuava a prendere l'alcool, presentava notevole dimagramento, malessere generale, irrequietezza e scarsa secrezione lattea.

In un' altra cagna, ugualmente intossicata, durante la gravidanza si è avuto un figlio nato-morto, un secondo che è morto un giorno appresso al parto, ed un terzo che è andato crescendo stentatamente.

In un'altra cagna, rimasta immune da intossicamento, durante la gravidanza si è somministrato l'alcool mentre allattava ed i figliuoletti cresciuti lentamente, sparuti e barcollanti, sono morti dopo circa 2 mesi per marasmo. Fenomeni convulsivi non si sono osservati mai.

La ricerca fatta dell' alcool nel sangue della madre durante la gestazione è risultata positiva, come positiva è stata quella nel feto nato-morto, e quindi non vi ha dubbio che traverso il circolo utero placentare il sangue intossicato della madre direttamente passa al feto ledendo i visceri di questo e specie i centri nervosi che sono proporzionatamente più delicati e più voluminosi.

Nel latte invece non è stato possibile rilevare traccie di alcool che quando la dose di questo fu elevata a gr. 5 per kg., dose così elevata che nella nutrice indurrebbe uno stato di ebbrezza gravissimo. I piccoli poppanti che avevano ingerito que-

sto latte così carico di alcool, sono rimasti qualche ora assonnati e stupiditi, ed uno è morto il giorno appresso. Una cagna venne coperta da un cane che da molti mesi prendeva una dose di alcool a 2 gr. pro chilo. Ne nacquero 5 figli vivi e vitali che sono cresciuti senza apparente disturbo. Queste esperienze coincidono in parte con quelle di *Nicloux,* il quale ha riscontrato l'alcool nei testicoli, nelle ovaie e nei prodotti della loro secrezione, ed ugualmente ha trovato in forte proporzione l'alcool nel sangue del feto ed in minor quantità nel latte della nutrice. Per tali risultati sperimentali possiamo pensare ad una vera impregnazione etilica del feto che il più delle volte provoca l'aborto o la morte precoce del neonato inducendo arresti di sviluppo e alterazioni degenerative degli elementi nervosi. La clinica quotidiana, del resto, ne ammoniva sulle altissime percentuali degli aborti e della mortalità nei figli degli alcoolizzati.

Da una statistica di *Demone* si rileva che la metà dei bambini alcoolizzati muore nella prima settimana.

Roubinowitch e *Ladrague* affermano che oltre il 50 °/₀ dei fanciulli di Parigi o di Londra muoiono avanti 3 anni per eredità alcoolica con fatti di eclampsia o di meningite tubercolare che è propria degli eredo-alcoolisti.

Lo stesso *Ladrague* ha potuto osservare che molte donne alcooliste che di regola abortivano, riuscivano ad avere figliuoli vivi e vitali, se sottoposti ad un regime igienico.

Un caso veramente didattico abbiamo osservato in una donna alcoolista ed epilettica degente nel Frenocomio di Perugia. Figlia di genitori entrambi alcoolisti, specie la madre, ha un fratello epilettico, un altro dipsomane. Andata a marito ha procreato due maschi che sono in discrete condizioni fisiche e mentali; datasi poi al bere è diventata convulsionaria, difmenorroica ed ha avuto 3 figli morti tutti e tre di convulsioni eclampsiche dopo il terzo anno di vita.

Lancereaux insiste sulla frequenza di turbe ovariche nelle donne alcoolizzate, nelle quali ha notato frequente l'ipotrofia ovarica, la menopausa anticipata, l'aborto. Questo osservatore sostiene che la idrocefalia e la poliencefalia dipendono dall'intossicazione alcoolica ed alla stessa causa *Bourneville* e la sua scuola attribuiscono la idiozia mixoedematosa.

Roech ha trovato ipotrofa testicolare in individui morti per alcoolismo cronico e *Berni* e *Carnier* hanno riscontrato la presenza di ulcerazioni nei tubi seminiferi di topi bianchi soggetti ad alcoolismo sperimentale, alterazioni che non potevano non disturbare il ciclo spermatogenetico e indurre perturbazioni capaci di dar luogo a prodotti seminati imperfetti.

Questi fatti clinici e sperimentali starebbero a dimostrare che l'intossicazione alcoolica della prole può avvenire durante il coito, durante la gravidanza, durante l'allattamento.

Per quanto con molta riserva debbansi applicare i resul ati delle esperienze sugli animali, pure dai fatti da noi osservati ci sembra che in rapporto all'influenza dell'alcoolismo della nutrice, perchè l'alcool passi nel latte in quantità sensibile, occorre la ingestione di così forte quantità che non sarebbe possibile venisse a lungo tollerata.

È a ritenersi quindi che l'alcolismo della nutrice sia deleterio al poppante più che altro per la diminuita secrezione lattea che obbliga l'aggiunta di una vittitazione incongrua e per l'alterata composizione di quella dovuta alle tossine circolanti per la disturbata funzionalità epatica.

Quando si abbia l'alcoolismo acuto del padre nel momento della fecondazione, il che pur troppo è cosa frequente, quando si abbia l'alcoollsmo nella donna durante la gestazione, noi possiamo ritenere che l'alcool direttamente eserciti la sua influenza nociva sia alterando la proprietà del nemasperma, sia disturbando

la normale evoluzione dell' embrione, d' onde gli aborti, i natimorti, le encefalopatie prenatali.

Nei casi di alcoolismo cronico del padre noi possiamo ritenere che il prodotto della fecondazione risenta dell' indebolimento dell' organismo del procreatore, ed erediti solo una particolare vulnerabilità del sistema nervoso a risentire prontamente i danni delle ordinarie cause tossiche, e soprattutto quella tendenza e quella intolleranza all' alcool, che è caratteristica dei figli dei bevitori.

La comparsa dell' epilessia negli eredo-alcoolisti, che è d' ordinario preceduta da quella dell' eclampsia, può ritenersi dovuta tanto ad una condizione di cerebropatia fetale causata dall' azione dell' alcool sui centri nervosi, quanto alla peculiare vulnerabilità dei medeslmi di fronte alle ordinarie cause infettive tossiche.

È noto quanto l' alcoolismo favorisca le localizzazzioni meningo-encefaliche di natura infettiva.

Per noi una delle cause che va tenuta in considerazione a spiegare l' epilessia nei discendenti si è quella che nelle famiglie di bevitori l' abitudine continua delle bevande alcooliche induce a somministrare queste al neonato, donde le gastroenteriti, i disturbi della funzionalità epatica, lo indebolimento cioè, l' alterazione di quelle barriere che la natura pone a difesa contro gli elementi infettivo-tossici, donde le meningo-encefaliti, e le crisi convulsive.

Del resto per quanto sia oltre modo più frequente l' alcoolismo nell' uomo che nella donna, noi dobbiamo tener presente che in questa rimane più ignorato, che il contagio dell' alcoolismo avviene facilmente da un coniuge all' altro e che, specie nelle epoche della gravidanza, la donna è più facilmente proclive alle bevande eccitanti.

Concludendo noi riteniamo:

a) Che le più gravi manifestazioni dell' eredo-alcoolismo si debbano alla condizione di alcoolizzazione acuta dei procrea-

tori al momento del concepimento: che di grandissima importanza sia, per gli effetti deleteri nella prole, l'alcoolismo della madre durante ia gestazione. Inoltre si deve tenere nel maggior conto il fatto frequente dell'alcoolizzazione del neonato.

b) Che la epilessia nell'eredo-alcoolista è una delle conseguenze frequenti e accertate, sia per primigenia difettosa organizzazione dei centri nervosi, sia per un processo di vera encefalopatia fetale, sia per una particolare predisposizione di questi centri di fronte a cause occasionali di natura convulsionante.

Se la proporzione degli epilettici come pure degli altri degenerati da eredo-alcoolismo non è così alta quale si potrebbe supporre, lo dobbiamo principalmente al fatto della grande mortalità della prole dei bevitori inveterati, della limitazione di questa per alterazione ed atrofizzazione delle glandule seminali, della minor frequenza dell'alcoolismo nella donna (che è il più grave ed efficiente), ed infine a quella legge provvidenziale della interferenza, della rigenerazione così bene illustrata dall'*Orkansky*, per la quale una serie numerosissima di cause sconosciute possono contrastare ed anche annientare l'azione della ereditarietà.

*
* *

Dopo esserci occupati dell'alcoolismo come causa diretta o indiretta della epilessia, ci siamo occupati della *frequenza dell'alcoolismo nei casi di epilessia classica conclamata.*

Come è noto, l'epilettico è non di rado alcoolista, come è così intollerante dell'alcool da cadere in convulsione per la ingestione di quello, e sente il bisogno smodato di bere. Non deve essere estranea a questo fatto la circostanza, che molti epilettici sono figli di alcoolisti e quindi ereditano dai loro genitori la tendenza al bere.

In taluni casi però sfugge l'elemento causale dell' epilettico alcoolista; tn altri invece la tendenza all'alcool è la conseguenza

dello stato di *distimia* in cui versa l'epilettico, il quale, dominato dall'idea di avere una malattia grave inguaribile che lo tiene lontano dalla società, cerca di soffocare nell'alcool le sue sofferenze.

Dalla nostra statistica abbiamo rilevato che su 5315 epilettici si notarono stati di alcoolismo 691 volte, ossia nella proporzione dell' 11 %. In qualche epilettico, figlio di alcoolisti, abbiamo osservato un bisogno accessuale irresistibile al bere, una vera *dipsomania*.

I dati che abbiamo riportati mostrano gli intimi rapporti che esistono fra alcoolismo ed epilessia: entrambi *prodotto diretto* di *degenerazione ereditaria,* entrambi fattori di *degenerazione.*

L'alcoolismo direttamente od indirettamente dà origine nella prole a manifestazioni epilettiche, delle quali noi abbiamo tenuto conto della *forma classica,* e cioè dell' accesso motorio; mentre ben più numerose sono le manifestazioni psichiche a carattere epilettoide; l'epilettico dal suo canto ha una tendenza spiccatissima all'abuso degli alcoolici, è un alcoolizzabile nato, come dice Il *Feré*, e risente più rapidamente e più gravemente l'azione del tossico.

Nell'epilessia come nell'alcoolismo troviamo evidenti analogie di caratteri somatici degenerativi, come di difetti e di anomalie o decadimento morale ed intellettuale.

Analogie hanno tra loro il *delirium tremens* e gli stati crepuscolari e gli accessi di male epilettico, mentre il dipsomane va integrando il tipo dell' alcoolista ad impulsività accessionale epilettoide.

Se l' alcoolista genera l' epilettico, l' epilettico cerca l'alcool. Ne deriva da ciò un rapporto così stretto ed alternante fra alcoolismo ed epilessia, che si avrebbe una degradazione progressiva in un numero veramente imponente di individui, qualora non si avessero due potenti condizioni di epurazione e di ingagliardi-

mento, l'una per la sollecita eliminazione e per la finale sterilità di questi degenerati; l'altra della provvidenziale interferenza degli elementi sani che nuovo e fecondo seme fa sbocciare dal tronco parzialmente fulminato dalla degenerazione.

C. AGOSTINI (relatore).

Ecco pertanto le principali conclusioni che si possono desumere dalla nostra relazione:

1. — L'alcoolismo, tanto acuto che cronico, può dar luogo all'attacco convulsivo epilettico.

2. — L'attacco convulsivo dell'alcoolista non si distingue ordinariamente da quello classico dell'epilessia genuina. L'epilessia psichica può essere una manifestazione dell'alcoolismo.

3. — Gli alcooli, per sè, non hanno un'azione epilettogena nel senso fisiologico della parola. Nella genesi dell'epilessia alcoolica si deve attribuire un gran valore alla predisposizione organica, all'attitudine convulsiva non che ai profondi disturbi del ricambio materiale indotti dall' alcoolismo acuto e cronico pei quali si formano dei materiali tossici nell'organismo. Non esiste quindi un' epilessia alcoolica quale entità nosologica.

4. — Nei genitori degli individui affetti da epilessia si nota con una certa frequenza l' alcoolismo.

5. — Le più gravi manifestazioni dell'eredo-alcoolismo si debbono alla condizione di alcoolizzazione acuta dei procreatori al momento del concepimento; una grandissima importanza per gli effetti deleteri nella prole esercita l'alcoolismo della madre durante la gestazione.

6. — L'epilessia nell'eredo-alcoolista è una delle conseguenze più frequenti, e accertate, sia per primigenia difettosa organizzazione

dei centri nervosi, sia per un processo di vera encefalopatia fetale, sia per una particolare predisposizione di questi centri di fronte a cause occasionali di natura convulsionante.

7. — L'alcoolismo è frequente ad osservarsi nei casi di epilessia classica.

* * *

Colla nostra relazione noi abbiamo messo in evidenza una delle conseguenze più disastrose dell'alcoolismo, come fattore dell'epilessia in coloro che abusano delle bevande alcooliche e nei loro discendenti diretti. Già in altri nostri Congressi abbiamo richiamato l'attenzione sul male alcoolico che va estendendosi in Italia e sulla necessità che a prevenirlo e a combatterlo intervengano misure legislative e soprattutto *l'istruzione antialcoolica nelle scuole, la diminuzione degli spacci di bevande alcooliche, gli asili pei bevitori.* Finalmente anche il nostro Governo ha sentito l'urgente necessità di occuparsi del problema alcoolico, e noi, lieti di questa sua iniziativa, esprimiamo il desiderio che da questo Consesso vada ad esso, e più specialmente al suo illustre ex Presidente on. Luzzatti, una parola di caldo e sincero encomio associata al voto che il disegno di legge da lui presentato al Senato, nella tornata del 5 decembre 1910, sulla base dello schema di proposte fatte dalla Federazione antialcoolista italiana, venga sollecitamente attuato, ma con qualche emendamento, che lo renda più atto e più efficace a combattere i mali fisici, morali ed intellettuali prodotti dall'alcoolismo.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERTONI E LUSSANA — Sull' alcool, sull' aldeide e sugli eteri vinici. *Bologna, 1874.*
2. AGOSTINI — Manuale di Psichiatria. *Milano, terza Edizione.*
3. AGOSTINI — *Riv. Sper. di Freniatria, 2-3 1896.*
4. AGOSTINI — *Annali del Manicomio di Perugia, 1-1907.*
5. BRATZ — Alkool und Epilepsie. *Allg. Zeitsch, f. Psych, 1899 Baud, 86.*
6. BACCELLI — Parossismi alcoolici ed epilettici. *Il Policlinico, 1898.*
7. BINSWANGER — Epilepsie. *Eulemburgs Realencyclopedie, 1895.*
8. BINSWANGER — Die Epilepsie. Specielle Pathologie und herapie von Nothnagel, *Wien 1899.*
9. BRANN — Ueber die Experimentell durch Chronische Alkoholintoxikation. *Tübingen, 1899.*
10. BONHOFFER — Frenosi alcooliche. *Leyden Klemparer. La clinice Contemporaine Vol. VI. psichiatria Societé editrice libraria.*
11. CADÉAC ET MEUNIER — Contribution à l' ètude de la ligueur d'absinthe. *Lyon med, 1889.*
12. CHARRIN — Epilepsie et infection. *Arch. del physiol 1896-1897.*
13. DUJARDIN-BEAUMETZ UND AUDIGÉ — Sur les proprietés toxiques des alcools par fermentation. *Bull, gén. de Thérap, Ang. Nov. 1875.*
14. DRONET — Recherches sur l' épilepsie alcoolique. *An. med Psych, 1875 Tom. 1.*
15. DEMEAUX — L' ivresse considerée comme cause d' épilepsie. *Compt. rend. Vol. 41, 1860.*

16. DELASIAUVE — Traité de l'épilepsie. *Paris, 1854.*
17. ELIE — De l'épilepsie alcoolique. *Thése de Paris, 1907.*
18. ECHEVERRIA — Alcoolic epilepsy. *Iornal of mental science, Vol. XXVI, 1881.*
19. FRISCO — Influenza perturbatrice dell'alcool sul plasma germinativo ed ereditarietà morbosa dei discendenti consecutiva all'alcoolismo dei genitori. *Annali della clinica delle malattie mentali e nervose. R. Università Palermo, Vol. III. 1809.*
20. FERÉ — *Soc. de biolog. 1897.*
21. GALLE — Ueber die Beziehungen des Alkoholismus zur Epilepsie. *Inaug. Dis. Berlin, 1881.*
22. GELMA — Considerations par les rapports de l'épilepsie latente avec l'alcoolisme. *These Paris 1908.*
23. GUIDI — *Riv. Sper. di Freniatria, 1-11 1908.*
24. GARNIER — Congrés internat. de med. ment. *Paris 1889.*
25. HEISE — Uber Epilepsie alkoholica. *Diss Berlin, 1890.*
26. HUSS — Alcoolismus chronicus. *Stokhohn, 1849.*
27. KRAINSKY — Ueber Störungen im Stoffwechsel bei Epileptikern. *Nevrol, Centralblatt, 1897.*
28. KRAINSKY — *Allg. Zeitschr. f. Psych, 1898.*
29. KASSOWITZ — *Deutsch. med. Woch. avut 1900.*
30. IOFFROY ET SERVAUX — Mensuration de la tonicité vraie de l'alcool ethlylique. Arch. de med. experimentale et d'anat. pathologique. N. 4 juillet 1897.
31. IOFFROY — Des rapports de l'absinthisme et de l'alcoolisme avec l'épilepsie. *Gazette hebdomadaire 1900.*
32. LEGRAND DU SAULLE — Les épileptiques. *Gazette des hopitaux, 1876.*
33. LANDOIS — Uber die Erregung typischer Krampfanfälle nach Behandlung des Centralnervensystems mit chemischen Substanzen, unter Berücksichtigung der Urämie. *Wiener*
34. LADROGNE — Alcoolisme et enfants. *These Paris, 1901.*
med. Presse, 1888, Nr, 7-9.
35. LUI — Eredità ed alcoolismo. *An. di nevrol, 1900.*

36. LEGRAIN — Hereditè et alcoolisme. *Paris, 1889.*
» — *Degenerescence sociale et alcoolisme, Paris 1888.*
37. LORENZI — Il suicidio negli alcoolisti. *Riv. di Fren. 1905.*
38. LANCEREAUX — De l'absinthisme chronique et aigü. *Bull. de l'Acad. de mèd, 1880.*
39. MAGNAN — Recherches sur les centres nerveux. *Pari, Masson, 1893.*
0. MAGNAN — Alcool, absinthe, epilepsie. *Congrés del Geneve, 1877.*
41. MOELI — Statistisches und. Klinisches über Alkoholismus. *Charité Annalen IX. 1884.*
42. MONTESANO — Sulle alterazioni indotte dall'intossicazione alcoolica nel sistema nervoso centrale dei conigli. *Riv. di Fren. 1909.*
43. MARTIN — De l' alcoolisme des parents considéré comme cause ne l' épilepsie chez leurs déscendants. *Ann. med. psych. 6. série tome 1-1879.*
44. MOREAU DE TOURS — Alcoolisme chez les enfants. *Ann. med. Psych. jun. 1895.*
45. NEUMANN — Uber die Beziehungen zwischen alkoholismus und Epilepsie. *Dissert. Strassburg 1897.*
46. ORFINA — Toxikologie. *Berlin, 1819.*
47. MOREL — Traitè des degenerescences humanires. *Paris, 1850.*
48. MILOUX — Determination d'un alcoolyme congenital. *These de Paris, 1900.*
49. PRATI — Alcoolismo ed epilessia. *Annali di Freniatria e scienze affini, 1906.*
50. PERRIER — Convulsion d'origine alcoolique chez un nourrisson élevé au sein de sa mére. *Annalés de medicine et chirurgie N. 14, 1898.*
51. PIANETTA — Affinità di alcune forme di psicosi alcoolica coll' epilessia psichica. *Il manicomio, 1901.*
52. RAMELLA — Contributo clinico allo studio dell' epilessia alcoolica. *Arch. di Psichiatria, 1908.*

53. Richard — Un mot sur quelques rapports de l'alcoolisme e de l'epilepsie. *Thèse de Paris, 1876.*
54. Redlich — Bemerkungen zur Alkool-Epilepsie. *Epilepsie I. Fasc. 1909.*
55. Schukowsky — Influenza dell' alcool sull' eccitabilità della corteccia cerebrale. *Oborrenye psich, N. 11, 1898.*
59. Roubinovitch — Alcoolisme etc. *Soc. med. psicho, 28 Mai 1894.*
57. Siemerling — Statistische und klinische Mitteilungen über Alkoholismus, insbes. über die Ruckfalltigkeit der Trinker. *Charité. Annalen XVI, 1891.*
58. Seppilli e Lui — Studio statistico clinico antropologico sulle passiv. nella Provincia di Brescia. *Brescia 1899.*
59. Seppilli — La paralisi progressiva in rapporto coll'alcoolismo. *Ann. di Nevrol, 1891.*
60. Todde — L'azione dell'alcool sullo sviluppo e sulla funzione dei testicoli. *Riv. Sper. Fren. 1910.*
61. Triboulet, Mathieu, Mignot — Traitè de l' alcoolisme. *Paris-Masson, 1905.*
62. Tamburini — Contributo allo studio medico-legale della dipsomania e dell'alcoolismo. *Riv. Spe. di Fren. 1884, 1885.*
63. Tonini — Le epilessie. *Torino F.lli Bocca, 1891.*
64. Wartmann — Alkoolismus und Epilepsie in ihren wechselseitigen Beziehungen. *Arch. f. Psych, Band 29 p. 933, 1897.*
65. Westphal — Uber Epilepsie bei Sänfern. *Arch. f. Psgch und Nervenker 1, 1867.*
66. Wildermuth — Zur Ectiologie der Epilepsie. *Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Veresus, 1897.*

Dopo larga discussione intorno al tema sull' alcoolismo ed epilessia per la quale vennero ad essere confermate le conclusioni dei Relatori, il Dott. Amaldi comunicò il suo studio e relativo disegno di Legge Luzzatti intorno all'alcoolismo, nel quale espose alcune proposte di modificazione e aggiunte del disegno stesso ed associandosi ai relatori presentò per l'approvazione del Congresso il seguente ordine del giorno:

« Il 14.° Congresso della Società Freniatrica Italiana deliberava un voto di plauso a l'On. Luigi Luzzatti che col disegno di Legge presentato al Senato il 5 Dicembre 1910 ha intesa la grave e minacciante importanza del pericolo alcoolico in Italia e ha impresso alla lotta un primo decisivo impulso sul terreno Legislativo;

« E, considerando che il Governo attuale saprà proseguire e condurre a coronamento la provvida iniziativa, fa voti che nel disegno di Legge stesso al fine di un'azione più pratica e più efficace vengano introdotti emendamenti ed aggiunte informate ai seguenti criteri:

1. — « Che sia portato al 15 °/₀ il tasso alcoolico, limite per la speciale autorizzazione di vendita;

2. — « Che sia integrato il principio del riposo festivo con la estensione sua a tutti gli spacci di bevande alcooliche, osterie ecc.;

3. — « Che gli istituendi Asili per alcoolizzati abbiano ad essere destinati all'accoglimento anche degli alcoolisti curati nelle prime fasi del male nei Manicomii, nonchè ai prosciolti penalmente per reati commessi in istato di alcoolismo, e a tutti

« coloro che — a carico proprio o dei Comuni o di altri — pos-
« sono richiedere cura antialcoolica appropriata;

4. — « Che sia sanzionato l'obbligo dell'insegnamento « antialcoolico nelle scuole pubbliche;

5. — « Che con disposizioni speciali sieno favoriti la pro- « duzione e il commercio delle uve da tavola e loro derivati non « fermentati.

AMALDI, AGOSTINI, SEPPILLI

* * *

Il Prof. D'Ormea proponeva la seguente aggiunta:

6. — « Che alle Commissioni Provinciali previste dal- « l'art. 2 del disegno di Legge sia anche deferita un'azione pro- « tettiva, educativa e di vigilanza in senso antialcoolistico simile « a quella tanto utilmente spiegata dalle Commissioni Provinciali « per la pellagra.

* * *

Il Congresso votava all'unanimità l'Ordine del giorno con l'aggiunta D'Ormea e con la proposta Amaldi per l'azione ulteriore che la Presidenza della Società Freniatrica possa spiegare in quel senso.

Nella *Seconda Seduta*, seguitando il trattamento del 1° tema Il Prof. Agostini comunica il suo studio sul *Contributo allo Studio della azione Fisiopatologica del vino e degli alcool.*

Prof. CESARE AGOSTINI
Incaricato di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forense
nell'Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale dell'Umbria

CONTRIBUTO
ALLO STUDIO DELLA AZIONE FISIOPATOLOGICA
DEL VINO E DEGLI ALCOOL

(Comunicazione fatta al XIV Congresso Freniatrico Italiano)

Sull' azione fisiopatologica del vino, dell' alcool etilico e degli alcool superiori.

Non è il caso trattandosi di una nota riassuntiva, di esporre e di vagliare la letteratura importante e ricchissima che tratta dell'azione fisiopatologica degli alcool sull'organismo umano, letteratura che trae origine dallo straordinario interesse che ha sollevato l'uso e l'abuso dell'alcool nel campo della salute pubblica, della sociologia e dell'economia in generale.

Non pensava certo *Arnaldo de Villeneuve,* quando in sulla fine del secolo XIII scopriva quel liquore bruciante ed inebriante, cui dava il nome di « *acqua della vita* », che questa passando dal gabinetto dell'alchimista all'avida manipolazione industriale del liquorista, dovesse cambiare il suo nome augurale in quello di « *flagello dell'umanità* ».

Gli effetti disastrosi indotti sull'organismo umano dall' alcool etilico, furono segnalati dapprima da *Camerarius* (1699) e più tardi *F. Petit* (1710) potè stabilire che l'alcool iniettato nelle vene di un animale provoca rapidamente la morte. Questi fatti richiamarono particolarmente l'attenzione di fisiologi e di patologi, nella seconda metà del secolo passato, e *Magnus Huss* (1852) sperimentando sopra animali, mise in rilievo le alterazioni, indotte dall' alcool nei vari visceri, e principalmente nel fegato. Seguirono a lui numerosi sperimentatori, ma bisogna arrivare agli studi classici di *Lussana* e *Albertoni* (1874) cui seguirono quelli di *Dujardin-Beaumetz* e *Audigé* per avere notizia esatta del potere tossico dell' alcool etilico. Per questi studi fatti con rigoroso metodo scientifico, la dose suffi-

ciente per uccidere un'animale, era fissata a sei grammi per chilogr. di peso. Gli sperimentatori che seguirono e principalmente *Joffroy* e *Serveaux*, poterono stabilire la differente tossicità dei varî alcool del commercio e delle essenze con cui vengono aggraziati, e risultò che l'azione tossica degli alcool è tanto maggiore quanto più elevato è il peso molecolare e il contenuto loro carbonico e quindi l'alcool etilico è meno tossico del metilico, e questo dell'amilico; e che sopratutto alle essenze si dovevano i fenomeni più gravi di avvelenamento, e principalmente quelli convulsivanti del sistema nervoso.

Una commissione incaricata dal Governo Belga di studiare la differente tossicità tra l'alcool etilico, e gli altri alcool che formano il contenuto *empireumatico*, e che prendono il nome di Fuselöl e che nella distillazione di solito rimangono in parte mescolati all'alcool etilico, conclusero che questi alcool impuri sono cinque volte più velenosi dell'alcool etilico.

Sembra però per le ricerche di *Strassmann* e di *Zuntz* (1891), che fino a 0,5 per °/₀ di alcool amilico mescolato con l'etilico, non ne aumenta la tossicità. Quindi è che le impurità degli alcool più complessi è in così poca proporzione da non modificare di troppo la tossicità dell'alcool etilico cui spetterebbe l'azione preponderante nell'intossicazione alcoolica.

Mentre sull'azione tossica in generale dell'alcool, vi è concordia di pareri. si discute vivamente sulla quistione se l'alcool sia anche a dose moderata indifferente o nocivo e sopratutto se sia, o meno, da considerarsi, come un'alimento.

Per rapporto alla dose minima di alcool che possa essere ingerito senza danno dell'organismo, l'opinione più accetta è quella emessa da *Grehant* (1907) che sostiene che un'uomo del peso di 65 Kg. può senza danno ingerire durante il pasto cmc. 65 di alcool assoluto, sciolto in grammi 650 di veicolo: e cioè un grammo di alcool per Kg. del peso del corpo sarebbe la quantità dell'alcool assimilabile ed eliminabile senza effetti nocivi. Più di recente *Maurel de Toulouse* riduce la dose di alcool che può consumare un'uomo a tipo medio e tra i 25 e i 45 anni, a grammi 40 nei due pasti, sempre s'intende convenientemente diluito.

Mentre *Fokker* afferma che l'alcool diminuisce l'ossidazione delle materie albuminoidi e rallenta gli scambi, potendosi così considerare un'alimento di risparmio e *Duclaux*, anche in base alle

esperienze del fisiologo americano Atwater sostiene che l' alcool non è un veleno (in media dose) ma può sostituirsi nella nostra alimentazione a certi prodotti, in una certa misura e secondo certe regole bio-fisiche, da essere considerato un vero materiale di riserva per la nutrizione, *Lauder-Brunton*, *Woodhead* e concludono che se l'alcool è un'alimento, esso è un cattivo, un detestabile alimento. Questa questione rimane tutt' ora dibattuta e di contro al *Neumann* e al *Forel* che consigliano di usare il meno possibile l' alcool, perchè sempre un *veleno*, abbiamo l' affermazione del *Gauthier* (1904), che dichiara che l' alcool impiegato senza abuso analogamente ai grassi ed agli zuccheri dispiega un' azione preservatrice sugli albuminoidi, a condizione però che non si oltrepassi la dose di un grammo per Kg. del peso del corpo, al giorno.

Il *Binz* ed i suoi allievi dimostrarono che l' alcool si ossida nell' organismo fa diminuire la escrezione dell' azoto, ed accresce indirettamente il peso del corpo.

Dalle ricerche di *Benedict* (1902), è risultato che si potevano sostituire i grassi di una razione alimentare, con una quantità di alcool, capaci di dare lo stesso numero di calori e senza che gli individui presentassero diminuzione di peso, peggioramento di salute.

Secondo *Giddez* (1906), l'alcool a dose moderata, facilita i processi digestivi, stimolando la secrezione gastrica e pancreatica.

Della stessa opinione sono il *Rossemann* e *Munk*. Questi facendo notare che dalle più recenti esperienze (*Strassmann*) risulta indubitato che il 90 % dell' alcool introdotto viene ossidato nel corpo e che il suo effetto termico risulta di sette calorie per grammo, di guisa che un litro di vino al 10 % può assicurare quasi 1/4 della quantità totale di energia consumata nelle 24 ore (*Gley*), conclude che l' alcool in dose moderata và considerato anche per il sano come un' alimento di risparmio, come una sostanza nutritiva che abbassa moderatamente il consumo dell' albumina e del grasso. Al contrario le dosi inebrianti dell' alcool aumenterebbero la distruzione dell' albumina.

Come si vede i problemi intorno all' uso dell'alcool sono ancora numerosi e della più alta importanza e rimangono tutt' ora molti punti oscuri sui quali un' analisi serena e spassionata uniformemente e rigorosamente condotta, può gettare qualche sprazzo nuovo di luce.

A me è sembrato che uno dei problemi da risolvere debba principalmente intendere, a definire il dibattito tra coloro che si dichiarano oppositori decisi dell' uso dell' alcool sotto qualunque forma ingerito, e quindi anche dell' uso del vino, ritenendolo sempre un veleno per l' organismo, e tra coloro che pure affermando la necessità di proscrivere l' uso dei liquori, ritengono che sia ingiustificato l' ostracismo che si vorrebbe dare al vino nell' ordinaria alimentazione.

La risoluzione quindi di questo quesito e cioè se il vino a dose moderata (in quantità cioè che non oltrepassi i 60 grammi d' alcool nelle 24 ore per un uomo medio) debba considerarsi come alimento di lusso, o alimento di risparmio, o alimento nocivo, deve interessare tanto dal lato medico, quanto da quello dell'economia generale, e merita uno studio complesso sia dal lato clinico, che da quello fisio-patologico ed anatomo patologico, specie in raffronto all' azione degli alcool ingeriti sia pure alla stessa dose e allo stesso grado di diluizione.

Di fronte a coloro che affermano *(Triboulet)*, che il vino costituisce sempre anche a poca dose una minaccia e un pericolo reale per qualche organo, di *Mendel, Kellotz* ed altri che insistono energicamente sui danni dell' uso pur moderato del vino e della birra sulla funzione digestiva e assimilativa, stanno le opinioni opposte di *Munk* il quale afferma che bevuto in quantità moderata il vino è un' eccellente stimolante dell' attività cardiaca e della circolazione, di cui fanno uso molto proficuo i sani che lavorano intensamente e gli ammalati la cui attività cardiaca e digerente è depressa; e di *Gautier* (1904) il quale afferma che impiegate senza abuso, le bevande fermentate convengono a tutti quelli che non trovano in un'alimentazione troppo povera, che una riparazione insufficiente, all'adulto che lavora molto e mangia male, al convalescente che deve ricostituirsi, al vecchio che deperisce.

Di questa opinione è pure il *Celli*, che dichiara che l' alcool, quale si consuma con il vino e colla birra e con simili bevande ben preparate, non produce a dosi moderate alcun inconveniente. Ugualmente il *De Giaxa*, sostiene che in quantità modica, l'alcool che trovasi nel vino, facilita la digestione ed arreca un risparmio (6-7 p. °/₀) nella scomposizione dell' albumina.

Di recente l'*Albertoni* compiva una serie di esperienze su contadini non abituati al vino e malamente nutriti dimostrando che

il vino favorisce l'assimilazione negli individui in cui per la poca sapidità e digeribilità dei cibi i poteri digestivi erano affievoliti; e che il vino ha il potere di migliorare la sanguificazione rialzando il tasso emoglobinico. Per le stesse esperienze viene a confermarsi il fatto che il vino risparmia l'albumina del corpo e serve quale termodinamogeno.

E fuor di dubbio che nella crociata che si fa da molti entusiasti antialcoolisti per bandire completamente l'uso del vino dall' alimentazione, si è sopratutto sospinti dalla grave preoccupazione, pur troppo giustificata, che l' uso degeneri nell' abuso, con tutte le conseguenze disastrose tuttodì deplorate. E' doveroso però all' infuori di ogni preconcetto studiare la quistione, poichè non è logico a priori abolire senza appello questo che viene ancora considerato un prezioso aiuto dell' alimentazione *(Gautier)*, una sorgente di forza viva per il nostro corpo *(Bunge)*, come non parrebbe logico abolire l' uso di taluni alimenti come ad es. la carne, perchè l' abuso può esser sorgente di gravi intossicazioni; o l' uso di taluni rimedi efficacissimi come ad es. la morfina, pel cui abuso ne viene una grave psicosi tossica.

Nè devesi trascurare la osservazione fatta in base a recenti statistiche che l' uso del vino e della birra difende dall' abuso dei liquori e che la diffusione dell' alcoolismo in Francia come in altre parti d' Europa è dovuta alla tendenza di sostituire il vino con bibite alcooliche più concentrate che danno all' operaio l'illusione di un ristoro più energico e pronto.

Un' osservazione che ho potuto fare, tenendo dietro da lunghi anni alla diffusione ed alla gravità dell' endemia pellagrosa nell' Umbria, è stata quella che in molte località, pur continuandosi l' alimentazione prevalentemente maidica, la possibilità per culture di recente introdottevi di consumare una certa quantità di vino, ha ridotto notevolmente il numero dei pellagrosi e resi meno gravi i sintomi di quelli già intossicati.

Scopo delle mie ricerche, che risalgono al 1907, e delle quali feci menzione al Congresso di Venezia (Settembre 1907), nell'Istituto Umbro di Scienze (1908), e nel mio Manuale di Psichiatria (1)

(1) Si legge a pag. 269 (terza ediz. Manuale di Psichiatria): Da numerose e tuttora continuate esperienze da me comunicate al Congresso di Venezia, per esperimenti fatti su animali, io ho potuto concludere, che mentre il vino a dosi

e delle quali vengo ad esporre in questa nota alcuni risultati che a me sembrano, specie nel momento attuale, di una qualche importanza, è stato quello di studiare in animali, comparativamente, l'azione fisio-patologica del vino somministrato a diversa dose, in confronto a quella dell'alcool etilico e degli alcool superiori introdotti nell'organismo e diluiti in acqua fino a raggiungere il grado d'alcoolicità corrispondente. A complemento di tale studio ho già con i metodi più recenti della tecnica microscopica, esaminati i centri nervosi, degli animali che sono venuti a morte durante l'esperimento.

Mentre le indagini sulle modificazioni del ricambio materiale, dietro somministrazione di alcool a diversa diluzione, sono numerose per quanto, come osserva il *Munk*, poche sieno state condotte con metodo rigoroso; non mi risulta (1) che sia stato studiato comparativamente in animali inferiori il ricambio, e con questo i fenomeni generali indotti nell'organismo, dietro somministrazione e dei vari alcool e di vino in dose diversa e con grado di alcoolicità differente.

Le ricerche, che debbono ancora a lungo essere continuate, sono state fatte sopra cani, sui quali, meglio che in altri animali è possibile studiare il ricambio e rilevare con maggior precisione, i fenomeni generali, principalmente in rapporto alla sensibilità e alla motilità.

In un primo gruppo di cagne adulte è stato studiato il ricambio avendo cura che lo stesso animale prendesse in tempi diversi, e dopo che era tornato ad una costante di azoto, sia il vino, che l'alcool etilico, che l'alcool metilico, diluiti nell'acqua in quantità corrispondente al volume del vino somministrato ed al suo grado alcoolico.

L'animale era tenuto sempre ad una stessa dieta iniziandosi l'esperimento solo quando esso aveva raggiunto un peso costante, ed il tasso di azoto eliminato per le orine rimaneva oscillante entro limiti molto ristretti. L'animale inoltre veniva siringato e pesato

---

veramente moderate non porta modificazioni evidenti sul ricambio e sullo sviluppo fisico; queste sono indotte principalmente dalle dosi elevate di alcool, e più dagli alcool impuri, ecc.

(1) Queste ricerche sono state compiute nel nostro laboratorio di Chimica colla cooperazione dell'egregio Prof. Tarulli.

sempre ad una stessa ora, e le urine delle 24 ore erano raccolte in un recipiente con cloroformio per impedire la fermentazione ammoniacale. Si teneva costantemente conto del peso dell' animale, della quantità delle orine, del loro peso specifico, dei materiali solidi, dell' azoto totale, (apparecchio di *Kieldhal)* dei fosfati (met. *Neubhauer)*. In un primo periodo di osservazione di circa una settimana si studiava il ricambio in condizioni normali; si somministrava poscia mediante la sonda esofagea il vino per parecchi giorni. Si sospendeva quindi tale somministrazione proseguendo l'analisi per studiare gli effetti consecutivi, cessando dall' osservazione solo quando la quantità d' azoto tornava a presentarsi nei limiti normali. Si lasciava quindi l' animale libero da ogni esperienza per un periodo lungo di tempo, e si tornava a rimettere nelle stesse condizioni di dieta per esaminare i prodotti del ricambio, sotto la influenza dell' alcool etilico e del metilico.

In una prima serie di osservazioni ho somministrato, per un periodo di circa quattro mesi, sia con il vino che con la soluzione acquosa etilica e metilica, cmc. 2 di alcool *pro-chilo* e *pro-die.*

In una seconda serie di ricerche è stata, la dose del vino e dell' alcool, portata a grammi 3,50.

Dalla media delle serie del primo gruppo di esperienze si è potuto accertare che tanto il vino contenente una proporzione di alcool uguale a cmc. 2 per Kg. di peso dell' animale, quanto una soluzione etilica di pari alcoolicità, non esercitano almeno durante detto periodo di tempo, apprezzabile influenza sull'eliminazione dell' azoto totale, ed il peso dell'animale in esperimento subisce oscillazioni entro limiti assai ristretti.

Una soluzione metilica di pari grado, produce invece fino dal principio un leggero aumento nell' escrezione dell' azoto, aumento che si rende sempre più manifesto dopo qualche giorno della sua somministrazione. L' animale va perdendo di peso e manifesta un malessere con avversione spiccata per l' alimento, fino a ridursi marasmatico.

Dalle medie seriali del secondo gruppo finora ottenute si può ritenere che si abbia pel vino un aumento nella eliminazione dell' azoto che è più sensibile dietro la ingestione di pari dose di soluzione etilica e và facendosi notevole e progressiva durante il periodo di somministrazione della soluzione metilica.

Dopo un quarto d' ora dalla ingestione delle bevande alcoo-

liche, sopravviene un periodo di ebrezza durante il quale si fanno irrequieti, smaniano, corrono disordinatamente e dopo circa mezzora presentano, debolezza degli arti, atassia, respiro affannoso, acceleramento dei battiti cardiaci, finchè cadono assopiti. Questo stato sub-comatoso permane qualche ora e quindi attraverso un periodo di irrequietezza e di lamento ritornano i cani nelle condizioni ordinarie.

Contemporaneamente a queste esperienze, appena divezzati dal latte, ho somministrato mediante la sonda a piccoli cani nati dallo stesso parto, vino, alcool etilico, ed alcool metilico, sempre in dose di due grammi *pro-chilo*, lasciando uno di questi immune per confronto. Tutti vennero tenuti nelle identiche condizioni di igiene e di alimentazione, notandone il peso e le condizioni generali ad intervalli di tempo uguali.

Dei setti cani in esperienza, a due venne fatto ingerire alcool metilico e a tre alcool etilico, variando però la quantità del mestruo di diluzione, a due vino a grado medio d'alcoolicità.

Il primo cane avvelenato con alcool metilico (gr. 2 *pro-chilo* in cmc. 43 di acqua) muore dopo giorni 38: il peso iniziale era di gr. 2000, alla morte pesava gr. 4300; mentre il cane di confronto ne pesava 5000. Notevole era insieme al dimagramento il malessere che presentava, e qualche giorno innanzi la morte si notò paresi del treno posteriore che si estese anche all'anteriore con tremori diffusi, con oscuramento della coscienza e ipotermia accentuata.

Il secondo cane assorbiva pure 2 grammi *pro-chilo* d'alcool metilico, ma sciolto in gr. 85 di acqua. Il peso iniziale era di gr. 2000, ed alla morte, dopo 43 giorni, pesava gr. 3200.

Ha presentato gli stessi fenomeni salvo una durata più lunga dello stato sub-comatoso.

Negli altri tre cani avvelenati con alcool etilico la diluzione era nel primo caso in gr. 40 di acqua, nel secondo di gr. 80, nel terzo di gr. 150.

Il primo dopo circa 5 mesi, moriva presentando un certo dimagramento poichè il peso iniziale di kg. 2 era salito solo a kg. 7,200, (mentre il cane di confronto superava i kg. 9), e con fenomeni di paresi del treno posteriore con diminuita reattività agli stimoli.

Il secondo moriva dopo 7 mesi e giorni presentando gli stessi fenomeni e non superando i kg. 7,700.

Il terzo cane dopo un anno (epoca in cui l'esperienza si tralasciò) si trovava in condizioni discrete e solo non raggiunse lo sviluppo del cane di confronto: i due ultimi che ebbero il vino per quindici mesi non presentarono fatti degni di nota.

Avendo avuto la opportunità di sperimentare sopra cagne gravide, ho somministrato per circa 40 giorni ad una di esse una soluzione di alcool etilico nella solita proporzione cmc. 2 *pro-die et pro-chilo*. Avvenuto il parto si ebbero due cani nati morti, ed uno vivente, piccolo, senza deformazioni apparenti, che al 25° giorno però di vita non aveva ancora aperto gli occhi e non accennava a reggersi sulle gambe. La madre che durante l'allattamento continuava a prendere alcool, presentava notevole dimagramento, malessere generale, irritabilità, ed aveva una quantità di latte assai scarsa. Il cagnolo moriva il 25° giorno ed il sistema nervoso veniva conservato per le opportune ricerche isto-patologiche.

Da un'altra cagna pure avvelenata con alcool etilico (2 ½ gr. per Kg. e *pro die*) fin dall' inizio circa della gravidanza, si ebbero 3 nati, dei quali uno morì il giorno dopo, un secondo ha vissuto solo 15 giorni, e l'altro è vivente. Anche in questa cagna la secrezione lattea è notevolmente diminuita pur essendo tenuta in ottime condizioni di alimentazione. In questa ho ricercata la presenza dell'alcool nel latte e son riuscito ad ottenere la reazione del Lieben solo quando la dose dell'alcool era di 4 o 5 gr. per chilo. Quindi io ritengo che sul poppante influisca dannosamente più che l'alcool che solo a dose alta passa nella secrezione lattea la scadente qualità e quantità di questa. Diversamente avviene pel prodotto del concepimento il quale risente subito l'azione nociva dell'alcool, anche se in poca dose ingerito dalla madre, poichè dalla corrente sanguigna è trasportato nel circolo utero placentare.

In un'altra serie di ricerche ho voluto saggiare comparativamente l'azione del vino *naturale* al 10 % d'alcool dato a dose molto elevata (gr. 5-6 per litro) e quella di un vino artefatto nel quale cioè essendo l'alcoolicità solo del 7 % si fosse aggiunto dell'alcool etilico fino a raggiungere il grado del 10 %.

Sono stato mosso a questa indagine dal fatto empirico che i vini artificiali riescono più dannosi per l'organismo umano di

quelli naturali, e l' ebrezza con quelli è più grave. molesta, e persistente.

L' esperimento è stato praticato su tre cani adulti sui quali in un primo tempo si è somministrato il vino genuino alla dose menzionata, e in tempo diverso. quando cioè si erano bene ristabiliti. si è fatto ingerire il vino addizionato di alcool etilico purissimo.

Nei cani avvelenati con vino a cui fu aggiunto dell' alcool etilico il periodo di barcollamento e di deambulazione fu molto più lungo e più evidente che negli altri cani avvelenati con solo vino: parimenti più intensi e di maggior durata furono i tremori muscolari diffusi a tutto il corpo, ed i movimenti di maneggio degli arti specie anteriori: si ebbe una narcosi profondissima che durò circa 48 ore mentre negli altri fu della durata di appena 4 ore, con scomparsa della sensibilità e della motilità: la psiche rimase oscurata per oltre due giorni; mentre al massimo un giorno rimaneva negli altri stordita.

Tale risultato, che sto ancora controllando, che non è a mia cognizione, da altri notato, a me sembra molto interessante, poichè dimostra chiaramente l'azione molto più nociva che dispiegherebbe sull'organismo il vino artefatto, sia pure ingerito alla stessa proporzione ed allo stesso grado di alcoolicità del vino naturale.

Una spiegazione soddisfacente di questo fatto, io non saprei darla che ricorrendo alla ipotesi, o che l' alcool contenuto naturalmente nel vino sia fissato iu maniera più stabile di guisa che meno rapida avvenga la sua diffusione nell' organismo, o che nel vino sieno contenute sostanze in proporzione sufficente e capaci di attenuare o di modificare l'azione dell'alcool medesimo o che l'alcool estratto dal vino, specie poi se da melasse o da cereali come in generale è quello del commercio, abbia proprietà venefiche particolari.

Ad ogni modo qualunque ne sia la spiegazione, il fatto dall' esperimento rivelato e che con le esperienze ancor più numerose intendo confortare, ci rende ragione della maggiore velenosità delle soluzioni alcooliche di fronte al vino naturale e mette in sull' avviso sui danni che possono derivare dalle sofisticazioni dei vini con aggiunta di alcool anche se sufficientemente puro.

Molto interessante infine è pure il fatto che in nessuno dei vari cani avvelenati con vino e coi diversi alcool si sono avuti fatti di convulsioni epilettiche.

*
* *

Sulle alterazioni istologiche del sistema nervoso centrale per intossicazione cronica da alcool.

Nei cani venuti a morte è stato studiato il sistema nervoso centrale.

Il materiale freschissimo è stato convenientemente fissato a seconda dei metodi tecnici che furono quello di *Nissl,* di *Weigert-Vassale,* di *Lenhossek* per i gangli sensitivi, di *Ramon y. Cajal* e *Donaggio* per le neurofibrille, di *Da Fano* per la nevroglia (fissazione in nitrato di piridina) colorazione con ematosillina di *Mallory* all' acido fosfo-wolframico.

Tutti i varî segmenti del nevrasse sono stati studiati in un cane morto per intossicazione con alcool metilico e nei cani morti dopo vari mesi (4 o 5) per intossicazione cronica da alcool etilico.

Pia madre cerebrale. — Nell' encefalo dei cani studiati lesioni vere e proprie caratteristiche alla pia non sono state rilevate. Non ispessimenti, non infiltrazioni di plasmatociti e linfociti in proporzione tale da dare una caratteristica impronta al reperto. I punti di infiltrazione meningea si trovano diffusi ovunque nell'encefalo; tanto nella convessità quanto alla base. Notasi solo una considerevole dilatazione dei vasi sanguigni piali che appariscono pieni di sangue, e nulla a carico delle loro pareti tanto nei canali più grossi quanto in quelli di più piccolo calibro. In pochi punti della convessità e specie della regione motoria, notansi nei solchi entro i quali la pia si insinua, oltre la dilatazione vasale considerevole la presenza di ammassi prevalentemente costituiti da linfociti. Qui la pia aderisce intimamente alla sostanza nervosa e nella corrispondente corteccia (zona più superficiale, molecolare) elementi nevroglici, cellule e fibre, appariscono in maggior quantità che nel cane normale.

Pia madre spinale. — Aumentata leggermente di spessore specie nei due segmenti, cervicale e lombare; intimamente aderente alla sostanza nervosa. Il midollo presenta un lieve grado di *sclerosi marginale;* infatti gli elementi puri nevroglici appariscono

non solo più numerosi ma più abbondantemente provvisti di prolungamenti che si dirigono a notevole distanza in varie direzioni.

Vasi sanguigni cerebrali e spinali. — Tutti, grandi e piccoli e capillari sono dilatati e pieni di sangue; modificazioni strutturali delle loro parti del tutto trascurabili per intensità, estensione e topografia. Effettivamente dato lo stato di dilatazione, e pienezza, si riceve l'impressione che essi sieno fitti e a zone; ciò si spiega facilmente considerando il carattere terminale tanto delle arterie encefaliche che spinali. Questo aspetto si ha più evidente negli strati profondi della corteccia che nei superficiali.

Nevroglia. — Aumento (nel cane intossicato con 3 gr. per kg.) si di cellule che di fibre e maggiore nella sostanza bianca ove i prolungamenti cellulari e le fibre formano a zone fittissime reti tra le quali non è più possibile distinguere le parti dei neuroni che ivi si trovano. Ciò ha perfetto riscontro con quanto si osserva nell'uomo. In stati particolari patologici (intossicazioni, infezioni) la nevroglia prolifera difatti in molta maggior copia nella sostanza bianca che nella grigia.

Per quanto riguarda le modificazioni della sostanza tigroide, ho riscontrato che esse sono indubbiamente più importanti e diffuse nel midollo che nel cervello, come già altri ebbero ad osservare, e che dalla semplice e limitata cromatolisi centrale o periferica si arriva fino alla riduzione della sostanza cromatofila in minutissimi granuli sparsi in tutto il citoplasma debolmente colorati, tal che tutta quanta la cellula apparisce pallida. I nuclei ed i nucleoli anche nei più avanzati stadi di disintegrazione granulare appaiono ben conservati, nè sono aumentati gli spazi peri-cellulari, nè accresciuto il numero delle cellule satelliti; poche cellule fra le piramidali grandi mostrano evidenti i segni della cronica alterazione descritta da *Nissl*.

Nel midollo spinale e sopratutto nel segmento lombare le alterazioni sono molto più gravi. Notasi non solo modificazione intensa degli elementi cellulari, ma notevole diminuzione dei medesimi e a preferenza nel gruppo dei grandi nevroni radicolari anteriori. In questi nevroni si osserva preferentemente la omogeneizzazione della sostanza tigroide con irregolarità del contorno cellulare, con diminuzione dei dentriti.

Col metodo *Weigert* non si osservano lesioni sistematiche nè nel cervello nè nel midollo: non mancano però nei varî cordoni midollari fibre nervose che si presentano rigonfie o frammentate o appaiono del tutto mancanti.

Le alterazioni che sono state trovate negli elementi nervosi per la sostanza cromatofila, corrispondentemente si rivelano per rapporto all' apparato reticolo-fibrillare che con uguale intensità mostra di risentire i danni della cronica intossicazione.

I metodi suddetti, nei nevroni corticali, a preferenza in quelli midollari, dimostrano un disordine di varia intensità nella disposizione dell'apparato reticolo fibrillare. Altri elementi mostrano in una zona del corpo cellulare le neurofibrille addensate e apparentemente conglutinate, intensamente colorate dall' argento ridotto; in altra il reticolo più o meno rarefatto. Altre cellule mostrano il reticolo in gran parte sostituito da granulazioni sparse nel citoplasma.

Di regola a questo stato che può chiamarsi di *disintegrazione granulare* del reticolo fibrillare, si associa una deformazione di tutto il corpo cellulare con diminuzione dei prolungamenti protoplasmatici. Anche in questa così grave fase di lesione cellulare le fibrille periferiche si presentano meno compromesse, il che conferma quanto ebbi insieme al *Rossi* ad esporre in altro lavoro, quella singolare resistenza cioè che offre alle cause nocive questa parte dell' apparato conducente.

Il metodo *Donaggio* completa quello di *Cajal*: molto evidenti appariscono le zone di rarefazione, i vacuoli, l' agglutinamento delle neurofibrille, e la conservazione di quelle che decorrono lungo i prolungamenti protoplasmatici e alla periferia del corpo cellulare.

Nulla di notevole ho riscontrato nei gangli sensitivi. Le lesioni dei neuroni corticali sono diffuse; non si può dire che prevalgono in uno stato piuttosto che in un altro. In ogni caso, le più evidenti e le più gravi appartengono ai neuroni a tipo motore.

Le lesioni messe in evidenza sono in correlazione perfetta con quanto ebbi occasione di descrivere insieme al *Rossi* (1907) su individui alcoolizzati.

Facendo gli studi di raffronto tra i preparati del sistema nervoso di cani avvelenati con alcool etilico e con alcool metilico non si nota altra differenza che nell' avvelenamento cronico per alcool metilico è notevolmente maggiore il numero degli elementi

distrutti o in preda alla cronica degenerazione, e che le lesioni si sono stabilite in tempo relativamente molto più breve.

*
* *

I corollari che possono essere tratti da questa prima serie di esperimenti che debbono essere confortati da ulteriori e più numerose esperienze e che potranno, con le dovute riserve essere tenuti in considerazione nei rapporti all'economia umana, sono i seguenti:

1.° Che il vino di media alcoolicità (7-9 %) somministrato anche lungamente in dose di cmc. 2 d'alcool per Cg. di peso dell'animale e *pro-die* non dispiega alcuna influenza nell'eliminazione dell'azoto totale, nè sembra induca perturbamenti apprezzabili sull'economia dell'organismo.

2.° Che l'alcool etilico diluito con acqua nello stesso volume che il vino ed alla stessa dose somministrato, non modifica sensibilmente il ricambio delle sostanze proteiche e può essere a lungo ingerito senza recare danni evidenti all'animale in esperimento.

3.° Che l'alcool metilico somministrato nelle stesse proporzioni, fin dal principio aumenta l'eliminazione dell'azoto, aumento che si rende sempre più manifesto in proseguo, e conduce abbastanza presto a morte gli animali in esperimento.

4.° Che diminuendo della metà la quantità del mestruo, e somministrandola a digiuno, la stessa dose di alcool provoca fenomeni d'intossicazione grave, fino ad uccidere l'animale.

5.° Che un vino contenente il 10 % di alcool, somministrato alla dose di 5 cm. per chilo, produce, dopo qualche tempo, fenomeni di grave intossicazione: questi sono molto più gravi e duratori se il vino è artefatto, gli è stato aggiunto cioè dell'alcool per innalzare a 10 il suo tasso di alcoolicità.

6.° Che negli animali avvelenati sia acutamente che lentamente con vino e con i vari alcool, anche concentrati, non si sono mai avuti fenomeni convulsivi.

7.° Che l'intossicazione alcoolica della femmina durante la gestazione facilita grandemente la mortalità e la morbilità del prodotto del concepimento.

8.° Che l'intossicazione alcoolica della nutrice danneggia gravemente il normale sviluppo del lattante, non tanto per l'al-

cool che possa nella secrezione lattea trovarsi, quanto per la diminuita quantità e alterata composizione del latte.

9.° Che la somministrazione di bevande alcooliche negli organismi giovani ritarda e devia il normale accrescimento del corpo ed è causa di morbilità.

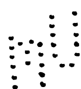
*
* *

1.° Dalle indagini isto-patologiche eseguite sul sistema nervoso di cani avvelenati cronicamente con alcool etilico e metilico, si rilevano alterazioni gravi e diffuse degli elementi nervosi, sia per rispetto alla sostanza tigroide, che allo apparato neurofibrillare. Dette alterazioni che sono proporzionate alla durata dell'avvelenamento, risultano più evidenti nel midollo spinale e particolarmente nei grandi neuroni radicolari anteriori; e sono in armonia con quanto è stato osservato nel sistema nervoso di individui morti per alcoolismo cronico. Meno accentuate appaiono negli animali in esperimento le alterazioni a carico dei vasi sanguigni e della nevroglia.

2.° Le lesioni sul sistema nervoso di cani intossicati cronicamente con alcool etilico e metilico sono uguali per natura e per sede, ma nel caso dell' alcool metilico sono molto più rapide ed intense.

Perugia, 15 Maggio 1910.





Il *Prof. Cristiani* quindi svolge la sua Comunicazione dal titolo *Contributo psichiatrico forense allo studio dell'epilessia ed alcoolismo.*

Riferisce su alcuni casi di epilettici alcoolistici criminali che ha esaminato per conto dell'autorità giudiziaria. Dallo studio fatto emergono le seguenti conclusioni:

I. L'alcool, anche in minime dosi, è un sensibilissimo reattivo rivelatore di epilessia latente;

II. L'alcoolismo non è una causa determinante di epilessia, ma, alla pari di altre intossicazioni, di emozioni, ecc. una causa solo occasionale dello sviluppo di manifestazioni di epilessia latente. Mentre l'intossicazione alcoolica rivela ed aggrava l'epilessia latente, invece la cessazione degli alcoolici migliora, ritorna allo stato di latenza l'epilessia, ne fa tacere le manifestazioni. Questa epilessia torna a palesarsi col nuovo uso di alcoolici: nella stessa guisa che può palesarsi anche sotto l'azione di altre cause, ad esempio emozioni ecc.;

III. L'alcoolismo è un fattore oltremodo preponderante e potente di intensificazione e di fortissimo aggravamento di epilessia latente.

L'alcoolismo contribuisce grandemente allo sviluppo delle manifestazioni più gravi e pericolose di epilessia latente fino alla criminalità sanguinaria.

quelli naturali, e l' ebrezza con quelli è più grave. molesta, e persistente.

L' esperimento è stato praticato su tre cani adulti sui quali in un primo tempo si è somministrato il vino genuino alla dose menzionata, e in tempo diverso. quando cioè si erano bene ristabiliti. si è fatto ingerire il vino addizionato di alcool etilico purissimo.

Nei cani avvelenati con vino a cui fu aggiunto dell' alcool etilico il periodo di barcollamento e di deambulazione fu molto più lungo e più evidente che negli altri cani avvelenati con solo vino: parimenti più intensi e di maggior durata furono i tremori muscolari diffusi a tutto il corpo, ed i movimenti di maneggio degli arti specie anteriori: si ebbe una narcosi profondissima che durò circa 48 ore mentre negli altri fu della durata di appena 4 ore, con scomparsa della sensibilità e della motilità: la psiche rimase oscurata per oltre due giorni; mentre al massimo un giorno rimaneva negli altri stordita.

Tale risultato, che sto ancora controllando, che non è a mia cognizione, da altri notato, a me sembra molto interessante, poichè dimostra chiaramente l'azione molto più nociva che dispiegherebbe sull'organismo il vino artefatto, sia pure ingerito alla stessa proporzione ed allo stesso grado di alcoolicità del vino naturale.

Una spiegazione soddisfacente di questo fatto, io non saprei darla che ricorrendo alla ipotesi, o che l' alcool contenuto naturalmente nel vino sia fissato iu maniera più stabile di guisa che meno rapida avvenga la sua diffusione nell' organismo, o che nel vino sieno contenute sostanze in proporzione sufficente e capaci di attenuare o di modificare l'azione dell'alcool medesimo o che l'alcool estratto dal vino, specie poi se da melasse o da cereali come in generale è quello del commercio, abbia proprietà venefiche particolari.

Ad ogni modo qualunque ne sia la spiegazione, il fatto dall' esperimento rivelato e che con le esperienze ancor più numerose intendo confortare, ci rende ragione della maggiore velenosità delle soluzioni alcooliche di fronte al vino naturale e mette in sull' avviso sui danni che possono derivare dalle sofisticazioni dei vini con aggiunta di alcool anche se sufficientemente puro.

Molto interessante infine è pure il fatto che in nessuno dei vari cani avvelenati con vino e coi diversi alcool si sono avuti fatti di convulsioni epilettiche.

*
* *

Sulle alterazioni istologiche del sistema nervoso centrale per intossicazione cronica da alcool.

Nei cani venuti a morte è stato studiato il sistema nervoso centrale.

Il materiale freschissimo è stato convenientemente fissato a seconda dei metodi tecnici che furono quello di *Nissl*, di *Weigert-Vassale*, di *Lenhossek* per i gangli sensitivi, di *Ramon y. Cajal* e *Donaggio* per le neurofibrille, di *Da Fano* per la nevroglia (fissazione in nitrato di piridina) colorazione con ematosillina di *Mallory* all' acido fosfo-wolframico.

Tutti i varî segmenti del nevrasse sono stati studiati in un cane morto per intossicazione con alcool metilico e nei cani morti dopo vari mesi (4 o 5) per intossicazione cronica da alcool etilico.

Pia madre cerebrale. — Nell' encefalo dei cani studiati lesioni vere e proprie caratteristiche alla pia non sono state rilevate. Non ispessimenti, non infiltrazioni di plasmatociti e linfociti in proporzione tale da dare una caratteristica impronta al reperto. I punti di infiltrazione meningea si trovano diffusi ovunque nell'encefalo; tanto nella convessità quanto alla base. Notasi solo una considerevole dilatazione dei vasi sanguigni piali che appariscono pieni di sangue, e nulla a carico delle loro pareti tanto nei canali più grossi quanto in quelli di più piccolo calibro. In pochi punti della convessità e specie della regione motoria, notansi nei solchi entro i quali la pia si insinua, oltre la dilatazione vasale considerevole la presenza di ammassi prevalentemente costituiti da linfociti. Qui la pia aderisce intimamente alla sostanza nervosa e nella corrispondente corteccia (zona più superficiale, molecolare) elementi nevroglici, cellule e fibre, appariscono in maggior quantità che nel cane normale.

Pia madre spinale. — Aumentata leggermente di spessore specie nei due segmenti, cervicale e lombare; intimamente aderente alla sostanza nervosa. Il midollo presenta un lieve grado di *sclerosi marginale;* infatti gli elementi puri nevroglici appariscono

non solo più numerosi ma più abbondantemente provvisti di prolungamenti che si dirigono a notevole distanza in varie direzioni.

Vasi sanguigni cerebrali e spinali. — Tutti, grandi e piccoli e capillari sono dilatati e pieni di sangue; modificazioni strutturali delle loro parti del tutto trascurabili per intensità, estensione e topografia. Effettivamente dato lo stato di dilatazione, e pienezza, si riceve l'impressione che essi sieno fitti e a zone; ciò si spiega facilmente considerando il carattere terminale tanto delle arterie encefaliche che spinali. Questo aspetto si ha più evidente negli strati profondi della corteccia che nei superficiali.

Nevroglia. — Aumento (nel cane intossicato con 3 gr. per kg.) si di cellule che di fibre e maggiore nella sostanza bianca ove i prolungamenti cellulari e le fibre formano a zone fittissime reti tra le quali non è più possibile distinguere le parti dei neuroni che ivi si trovano. Ciò ha perfetto riscontro con quanto si osserva nell'uomo. In stati particolari patologici (intossicazioni, infezioni) la nevroglia prolifera difatti in molta maggior copia nella sostanza bianca che nella grigia.

Per quanto riguarda le modificazioni della sostanza tigroide, ho riscontrato che esse sono indubbiamente più importanti e diffuse nel midollo che nel cervello, come già altri ebbero ad osservare, e che dalla semplice e limitata cromatolisi centrale o periferica si arriva fino alla riduzione della sostanza cromatofila in minutissimi granuli sparsi in tutto il citoplasma debolmente colorati, tal che tutta quanta la cellula apparisce pallida. I nuclei ed i nucleoli anche nei più avanzati stadi di disintegrazione granulare appaiono ben conservati, nè sono aumentati gli spazi peri-cellulari, nè accresciuto il numero delle cellule satelliti; poche cellule fra le piramidali grandi mostrano evidenti i segni della cronica alterazione descritta da *Nissl.*

Nel midollo spinale e sopratutto nel segmento lombare le alterazioni sono molto più gravi. Notasi non solo modificazione intensa degli elementi cellulari, ma notevole diminuzione dei medesimi e a preferenza nel gruppo dei grandi nevroni radicolari anteriori. In questi nevroni si osserva preferentemente la omogeneizzazione della sostanza tigroide con irregolarità del contorno cellulare, con diminuzione dei dentriti.

Col metodo *Weigert* non si osservano lesioni sistematiche nè nel cervello nè nel midollo: non mancano però nei varî cordoni midollari fibre nervose che si presentano rigonfie o frammentate o appaiono del tutto mancanti.

Le alterazioni che sono state trovate negli elementi nervosi per la sostanza cromatofila, corrispondentemente si rivelano per rapporto all' apparato reticolo-fibrillare che con uguale intensità mostra di risentire i danni della cronica intossicazione.

I metodi suddetti, nei nevroni corticali, a preferenza in quelli midollari, dimostrano un disordine di varia intensità nella disposizione dell'apparato reticolo fibrillare. Altri elementi mostrano in una zona del corpo cellulare le neurofibrille addensate e apparentemente conglutinate, intensamente colorate dall' argento ridotto; in altra il reticolo più o meno rarefatto. Altre cellule mostrano il reticolo in gran parte sostituito da granulazioni sparse nel citoplasma.

Di regola a questo stato che può chiamarsi di *disintegrazione granulare* del reticolo fibrillare, si associa una deformazione di tutto il corpo cellulare con diminuzione dei prolungamenti protoplasmatici. Anche in questa così grave fase di lesione cellulare le fibrille periferiche si presentano meno compromesse, il che conferma quanto ebbi insieme al *Rossi* ad esporre in altro lavoro, quella singolare resistenza cioè che offre alle cause nocive questa parte dell' apparato conducente.

Il metodo *Donaggio* completa quello di *Cajal*: molto evidenti appariscono le zone di rarefazione, i vacuoli, l' agglutinamento delle neurofibrille, e la conservazione di quelle che decorrono lungo i prolungamenti protoplasmatici e alla periferia del corpo cellulare.

Nulla di notevole ho riscontrato nei gangli sensitivi. Le lesioni dei neuroni corticali sono diffuse; non si può dire che prevalgono in uno stato piuttosto che in un altro. In ogni caso, le più evidenti e le più gravi appartengono ai neuroni a tipo motore.

Le lesioni messe in evidenza sono in correlazione perfetta con quanto ebbi occasione di descrivere insieme al *Rossi* (1907) su individui alcoolizzati.

Facendo gli studi di raffronto tra i preparati del sistema nervoso di cani avvelenati con alcool etilico e con alcool metilico non si nota altra differenza che nell' avvelenamento cronico per alcool metilico è notevolmente maggiore il numero degli elementi

non solo più numerosi ma più abbondantemente provvisti di prolungamenti che si dirigono a notevole distanza in varie direzioni.

Vasi sanguigni cerebrali e spinali. — Tutti, grandi e piccoli e capillari sono dilatati e pieni di sangue; modificazioni strutturali delle loro parti del tutto trascurabili per intensità, estensione e topografia. Effettivamente dato lo stato di dilatazione, e pienezza, si riceve l'impressione che essi sieno fitti e a zone; ciò si spiega facilmente considerando il carattere terminale tanto delle arterie encefaliche che spinali. Questo aspetto si ha più evidente negli strati profondi della corteccia che nei superficiali.

Nevroglia. — Aumento (nel cane intossicato con 3 gr. per kg.) si di cellule che di fibre e maggiore nella sostanza bianca ove i prolungamenti cellulari e le fibre formano a zone fittissime reti tra le quali non è più possibile distinguere le parti dei neuroni che ivi si trovano. Ciò ha perfetto riscontro con quanto si osserva nell'uomo. In stati particolari patologici (intossicazioni, infezioni) la nevroglia prolifera difatti in molta maggior copia nella sostanza bianca che nella grigia.

Per quanto riguarda le modificazioni della sostanza tigroide, ho riscontrato che esse sono indubbiamente più importanti e diffuse nel midollo che nel cervello, come già altri ebbero ad osservare, e che dalla semplice e limitata cromatolisi centrale o periferica si arriva fino alla riduzione della sostanza cromatofila in minutissimi granuli sparsi in tutto il citoplasma debolmente colorati, tal che tutta quanta la cellula apparisce pallida. I nuclei ed i nucleoli anche nei più avanzati stadi di disintegrazione granulare appaiono ben conservati, nè sono aumentati gli spazi peri-cellulari, nè accresciuto il numero delle cellule satelliti; poche cellule fra le piramidali grandi mostrano evidenti i segni della cronica alterazione descritta da *Nissl.*

Nel midollo spinale e sopratutto nel segmento lombare le alterazioni sono molto più gravi. Notasi non solo modificazione intensa degli elementi cellulari, ma notevole diminuzione dei medesimi e a preferenza nel gruppo dei grandi nevroni radicolari anteriori. In questi nevroni si osserva preferentemente la omogeneizzazione della sostanza tigroide con irregolarità del contorno cellulare, con diminuzione dei dentriti.

Col metodo *Weigert* non si osservano lesioni sistematiche nè nel cervello nè nel midollo: non mancano però nei varî cordoni midollari fibre nervose che si presentano rigonfie o frammentate o appaiono del tutto mancanti.

Le alterazioni che sono state trovate negli elementi nervosi per la sostanza cromatofila, corrispondentemente si rivelano per rapporto all' apparato reticolo-fibrillare che con uguale intensità mostra di risentire i danni della cronica intossicazione.

I metodi suddetti, nei nevroni corticali, a preferenza in quelli midollari, dimostrano un disordine di varia intensità nella disposizione dell'apparato reticolo fibrillare. Altri elementi mostrano in una zona del corpo cellulare le neurofibrille addensate e apparentemente conglutinate, intensamente colorate dall' argento ridotto; in altra il reticolo più o meno rarefatto. Altre cellule mostrano il reticolo in gran parte sostituito da granulazioni sparse nel citoplasma.

Di regola a questo stato che può chiamarsi di *disintegrazione granulare* del reticolo fibrillare, si associa una deformazione di tutto il corpo cellulare con diminuzione dei prolungamenti protoplasmatici. Anche in questa così grave fase di lesione cellulare le fibrille periferiche si presentano meno compromesse, il che conferma quanto ebbi insieme al *Rossi* ad esporre in altro lavoro, quella singolare resistenza cioè che offre alle cause nocive questa parte dell' apparato conducente.

Il metodo *Donaggio* completa quello di *Cajal*: molto evidenti appariscono le zone di rarefazione, i vacuoli, l' agglutinamento delle neurofibrille, e la conservazione di quelle che decorrono lungo i prolungamenti protoplasmatici e alla periferia del corpo cellulare.

Nulla di notevole ho riscontrato nei gangli sensitivi. Le lesioni dei neuroni corticali sono diffuse; non si può dire che prevalgono in uno stato piuttosto che in un altro. In ogni caso, le più evidenti e le più gravi appartengono ai neuroni a tipo motore.

Le lesioni messe in evidenza sono in correlazione perfetta con quanto ebbi occasione di descrivere insieme al *Rossi* (1907) su individui alcoolizzati.

Facendo gli studi di raffronto tra i preparati del sistema nervoso di cani avvelenati con alcool etilico e con alcool metilico non si nota altra differenza che nell' avvelenamento cronico per alcool metilico è notevolmente maggiore il numero degli elementi

distrutti o in preda alla cronica degenerazione, e che le lesioni si sono stabilite in tempo relativamente molto più breve.

*
* *

I corollari che possono essere tratti da questa prima serie di esperimenti che debbono essere confortati da ulteriori e più numerose esperienze e che potranno, con le dovute riserve essere tenuti in considerazione nei rapporti all'economia umana, sono i seguenti:

1.° Che il vino di media alcoolicità (7-9 %) somministrato anche lungamente in dose di cmc. 2 d'alcool per Cg. di peso dell'animale e *pro-die* non dispiega alcuna influenza nell'eliminazione dell'azoto totale, nè sembra induca perturbamenti apprezzabili sull'economia dell'organismo.

2.° Che l'alcool etilico diluito con acqua nello stesso volume che il vino ed alla stessa dose somministrato, non modifica sensibilmente il ricambio delle sostanze proteiche e può essere a lungo ingerito senza recare danni evidenti all'animale in esperimento.

3.° Che l'alcool metilico somministrato nelle stesse proporzioni, fin dal principio aumenta l'eliminazione dell'azoto, aumento che si rende sempre più manifesto in proseguo, e conduce abbastanza presto a morte gli animali in esperimento.

4.° Che diminuendo della metà la quantità del mestruo, e somministrandola a digiuno, la stessa dose di alcool provoca fenomeni d'intossicazione grave, fino ad uccidere l'animale.

5.° Che un vino contenente il 10 % di alcool, somministrato alla dose di 5 cm. per chilo, produce, dopo qualche tempo, fenomeni di grave intossicazione: questi sono molto più gravi e duratori se il vino è artefatto, gli è stato aggiunto cioè dell'alcool per innalzare a 10 il suo tasso di alcoolicità.

6.° Che negli animali avvelenati sia acutamente che lentamente con vino e con i vari alcool, anche concentrati, non si sono mai avuti fenomeni convulsivi.

7.° Che l'intossicazione alcoolica della femmina durante la gestazione facilita grandemente la mortalità e la morbilità del prodotto del concepimento.

8.° Che l'intossicazione alcoolica della nutrice danneggia gravemente il normale sviluppo del lattante, non tanto per l'al-

cool che possa nella secrezione lattea trovarsi, quanto per la diminuita quantità e alterata composizione del latte.

9.° Che la somministrazione di bevande alcooliche negli organismi giovani ritarda e devia il normale accrescimento del corpo ed è causa di morbilità.

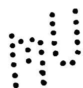
*
* *

1.° Dalle indagini isto-patologiche eseguite sul sistema nervoso di cani avvelenati cronicamente con alcool etilico e metilico, si rilevano alterazioni gravi e diffuse degli elementi nervosi, sia per rispetto alla sostanza tigroide, che allo apparato neurofibrillare. Dette alterazioni che sono proporzionate alla durata dell'avvelenamento, risultano più evidenti nel midollo spinale e particolarmente nei grandi neuroni radicolari anteriori; e sono in armonia con quanto è stato osservato nel sistema nervoso di individui morti per alcoolismo cronico. Meno accentuate appaiono negli animali in esperimento le alterazioni a carico dei vasi sanguigni e della nevroglia.

2.° Le lesioni sul sistema nervoso di cani intossicati cronicamente con alcool etilico e metilico sono uguali per natura e per sede, ma nel caso dell' alcool metilico sono molto più rapide ed intense.

Perugia, 15 Maggio 1910.





Il *Prof. Cristiani* quindi svolge la sua Comunicazione dal titolo *Contributo psichiatrico forense allo studio dell'epilessia ed alcoolismo.*

Riferisce su alcuni casi di epilettici alcoolistici criminali che ha esaminato per conto dell' autorità giudiziaria. Dallo studio fatto emergono le seguenti conclusioni :

I. L' alcool, anche in minime dosi, è un sensibilissimo reattivo rivelatore di epilessia latente ;

II. L' alcoolismo non è una causa determinante di epilessia, ma, alla pari di altre intossicazioni, di emozioni, ecc. una causa solo occasionale dello sviluppo di manifestazioni di epilessia latente. Mentre l' intossicazione alcoolica rivela ed aggrava l' epilessia latente, invece la cessazione degli alcoolici migliora, ritorna allo stato di latenza l' epilessia, ne fa tacere le manifestazioni. Questa epilessia torna a palesarsi col nuovo uso di alcoolici : nella stessa guisa che può palesarsi anche sotto l' azione di altre cause, ad esempio emozioni ecc. ;

III. L' alcoolismo è un fattore oltremodo preponderante e potente di intensificazione e di fortissimo aggravamento di epilessia latente.

L' alcoolismo contribuisce grandemente allo sviluppo delle manifestazioni più gravi e pericolose di epilessia latente fino alla criminalità sanguinaria.

Il Dott. E. Padovani parla quindi sul tempa *Epilessia ed alcoolismo nell'emigrazione transoceanica italiana*, e cerca di stabilire se l'emigrazione contribuisca ad aumentare l'alcoolismo nei nostri paesi. Dalle ricerche iniziate in proposito e dalle statistiche presentate non può trarre delle conclusioni positive, però accordandosi con i più recenti ricercatori è di opinione che l'emigrazione abbia un' influenza favorevole sull'alcoolismo.

Il Dott. Consiglio tratta *sull'alcoolismo nell'esercito,* facendo rilevare come tra i nostri soldati va dilagando questa piaga sociale, mentre negli eserciti di altre Nazioni le cifre sono molto piû basse ed in alcuni vanno diminuendo. Invoca perciò che la lotta antialcoolica debba iniziarsi nella società, nella scuola e nella famiglia, affinchè i giovani non portino nell'esercito tali dannose abitudini; e tale lotta si dovrà estendere anche nell'ambiente militare per modo che tale educazione si ripercuoterà beneficamente nell'ambiente civile quando il soldato tornerà alle sue domestiche occupazioni.

I Dottori U. Menichetti ed A. Salerni riferiscono sul tema: *Epilessia e degenerazione ereditaria in rapporto all'alcoolismo.* Essi mettono in rilievo come nella discendenza dell'alcoolista si trovi in prima linea l'epilessia e talvolta anche arresti di sviluppo psichico o altri fenomeni nervosi di minore gravità. Dalle indagini compiute sul rapporto tra alcoolismo e degenerazione ereditaria hanno notato che:

1. — L'influenza dell'alcoolismo degli avi sui nepoti non è frequente, ma si esplica quasi esclusivamente con disturbi di indole convulsiva (isteria, epilessia, istero-epilessia);

2. — La tendenza all'alcoolismo di ambedue i genitori si perpetua e più spesso nei discendenti diretti;

3. — L'alcoolismo paterno determina una speciale gravità nell'epilessia dei discendenti;

4. — La epilessia nelle sue varie forme, che vediamo in

assoluta prevalenza nelle alterazioni degenerative da causa alcoolica, va dalla eclampsia infantile, assai frequente quando è alcoolista la madre, fino alla psicosi epilettica;

5. — Tale psicosi si determina specialmente nei discendenti di quegli alcoolisti che, sotto l'influenza dell'alcool, rilevano tendenze psicopatiche.

Il Dott. Cascella espone un contributo clinico al rapporto fra alcoolismo ed epilessia. Egli da uno studio statistico su 1500 alienati dal Manicomio di Aversa si sofferma a considerare i casi di epilessia alcoolica e dalle indagini clinico-anamnetiche trae le seguenti deduzioni:

1. — che nell'ultimo decennio si nota nella Campania un lieve ma progressivo aumento dell'alcoolismo;

2. — che esso colpisce più il sesso maschile;

3. — che nelle forme dirette, senza tara ereditaria, si ha una grande proporzionc di guariti, ma che però quasi tutti recidivano;

4. — che esso colpisce a preferenza, gli abitanti delle Città e pochissimo i contadini.

I dottori G. Gatti ed A. Montemezzo, comunicano sul tema: *Identità clinica ed etiologica fra il delirium tremens ed alcuni stati confusionali epilettici.* Per quanto riguarda le affinità etiologiche e patogenetiche espongono i dati di ricerche battereologiche: in due casi di delirium tremens febbrile e in due epilettici morti in stato crepuscolare con fenomeni febbrili hanno avuto occasione di constatare un identico reperto batteriemico (bacterium coli e staphilococcus piogenus). Ritengono che le tossine batteriche abbiano potuto nell'uno e nell'altro caso provocare, rispettivamente, a seconda del diverso substrato, forme confusionali quali il delirium tremens e gli stati crepuscolari epilettici febbrili. Il comportamento clinico era identico, si differenziavano solo alcuni sintomi secondari riferibili al diverso substratum su cui si manifestavano le forme confusionali.

Il Dott. Valtorta D. s'intrattiene sul tema: *Mentalità e reazioni psicologiche dell' alcoolismo;* e fa subito notare come per gli accessi psicopatici da alcool concorrono due ordini di fenomeni: l'avvelenamento ed il fattore endogeno. Prende in speciale considerazione quest' ultimo sotto l'aspetto della predisposizione ereditaria e per le diverse influenze generative aggravantisi e integrantisi nell' ambiente famigliare dell'alcoolista.

Tre tipi di mentalità concorrono a definire le condizioni psicologiche « Frenastenica; psicastenico-impulsiva; istintiva » ; e alle diverse forme di mentalità corrispondono reazioni psicologiche particolari.

Dalla associazione dell'alcoolismo colla deficenza mentale possiamo avere:

a) Evoluzione progressiva della psicosi tossica sul fondamento di condizioni psicopatologiche fisse, cioè qualitativamente immutabili;

b) Decorso progressivo della psicosi e contemporaneo complicarsi di espressioni psichiche autonome, le quali evolvono in sindromi cliniche, assimilando man mano elementi di origine tossica;

c) Progressivo delinearsi sul tramite di fenomeni tossici di entità cliniche autonome, che assai spesso assumono schietta fisionomia demenziale.

La mentalità psicastenico-impulsiva caratterizza gli psico-degenerati propriamente detti.

Negli alcoolisti istintivi gli eccessi sono e l'espressione dell' anomalia statica fondamentale e causa di perturbamenti dinamici, accessuali, che esplodono lasciando talvolta ben lungi i sintomi dell'alcoolismo.

Le condizioni psicologiche generatrici dell' alcoolismo possono variamente associarsi in rapporto al complicarsi delle varie forme di degenerazione.

Le reazioni psicologiche dei *degenerati alcoolici* al progrediente processo di saturazione tossica, stanno a rappresentare il riepilogo in tutte le espressioni sintomatiche della degenerazione ereditaria.

La psicosi cronica alcoolica viene affermandosi secondo modalità cliniche per decorso e colorito singolari, finchè alla soglia della demenza, accanto alla degenerazione cronica del carattere, si è costituita una condizione statica allucinatoria-delirante, sintesi di tutte quelle esplicazioni sintomatiche, che gli stimoli alcoolici sono venuti progressivamente risvegliando.

Il particolare ciclo evolutivo può essere condensato, o sconvolto per azione di tutte le influenze perturbatrici acquisite, le une di natura morbosa (tossi-infezioni-intossicazioni croniche-traumi del capo) le altre di indole sociale (fenomeno emigratorio; industrialismo; iperfunzionalità della vita quotidiana).

Le sindromi cliniche che ne derivano sfuggono a qualsiasi tentativo di classificazione, ma si presentano costantemente subordinate a due circostanze: la tappa, direi quasi, tossico-evolutivo, e l'entità della causa perturbatrice.

In virtù di processi di degenerazione acquisita possiamo vedere insorgere e riassumersi in breve tempo nello stesso individuo tutte le espressioni psicologiche che osserviamo nei degenerati ereditari.

Tali evenienze cliniche conseguono sopratutto ai traumatismi al capo.

Il Prof. Treves M. espone il suo tema « *l'alcool come isteroidizzatore e come epilettoidizzatore* » nel quale egli formola una nuova teoria della isteria e della epilessia. L'A. dimostra come la individualità per eccessi di lavoro tende ad una disintegrazione la quale mette in evidenza gli elementi costituitivi della individualità stessa; e questi elementi costitutivi si possono raggrup-

pare, secondo la sua concezione, in due tendenze: mascolinismo e femminilismo, che insieme combinati costituiscono il normale ermafrodismo psico-fisico di ogni essere vivente.

L'alcool sarebbe una delle cause patogene, che produrebbe la disintegrazione della individualità.

Per considerazioni fisio-patologiche è convinto che tale disintegrazione per ogni organismo vivente si attua con una legge costante:

1. — Dissociazione del mascolinismo dal femminilismo;

2. — Esagerazione del loro sviluppo, tendenza alla funzione alternativa (periodismo), e prevalenza dell'uno sull'altro componente.

3. — Alterazione della loro natura e correlativo pervertimento funzionale;

4. — Arresto evolutivo della funzione e soppressione dell'organo.

Secondo la detta concezione, ogni fatto disintegratico rilevantesi con eccesso di sviluppo del mascolinismo, costituisce un fenomeno di epilettoidismo (*morbus herculeus),* mentre ogni fatto disintegrativo rilevantesi con eccesso di sviluppo del femminilismo costituisce un fenomeno d'isteroidismo.

La teoria dell'ermafrodismo psico-fisico applicata allo studio delle malattie mentali porta alle seguenti conclusioni:

1. — Tutte le cause patogene agiscono affaticando la personalità e minacciandola nella sua integrità;

2. — La disintegrazione della personalità si esplica mediante un meccanismo patogenetico che mette in evidenza i componenti normali dell'ermafrodismo psico-fisico.

3. — La esagerazione di sviluppo dell' elemento femminino divorziato dall' elemento mascolino avrebbe per sua espressione clinica i vari fatti dell'isteroidismo.

4. — La esagerazione di sviluppo dell'elemento mascolino di-

vorziato dall'elemento femminino avrebbe per espressione clinica i vari fatti dell'epilettoidismo.

5. — L'isteroepilessia con prevalenza di epilettoidismo si collega con una esagerazione di sviluppo dell'elemento filogenetico (istero-epilettoidismo filogenetico). L'isteroepilessia con prevalenza di isteroidismo si collega con una esagerazione di sviluppo dell'elemento ontogenetico (istero-epilettoidismo ontogenetico).

6. — Le prime manifestazioni dell'isteroidismo si appalesano nel campo dell'attenzione col fatto clinico dello *stupore* e delle *idee fisse,* mentre le prime manifestazioni dell'epilettoidismo, si appalesano nel campo della volontà col fatto clinico della *confusione* e delle *idee ossessive.* Dalla loro alternanza nel campo della coscienza risulterebbe l'*amenza* (frenosi stuporoso-confusionale).

7. — L'isteroepilettoidismo filogenetico avrebbe per sue espressioni cliniche il fatto della *malinconia* per quanto riguarda il sentimento, e quello del *delirio di persecuzione* per quanto riguarda l'intelligenza; mentre l'isteroepilettoidismo ontogenetico avrebbe per sue espressioni cliniche il fatto della *mania* per quanto riguarda il sentimento, e quello del *delirio di grandezza* per quanto riguardo l'intelligenza.

Dalla loro alternanza nel campo della coscienza risulterebbero rispettivamente la *frenosi maniaco-depressiva* e la *paranoia* (Frenosi megalomane-persecutiva).

8. — Le manifestazioni lievi dell'isteroepilettoidismo sono rappresentate dal fatto clinico della *neurastenia* e delle *passioni (paranoie rudimentali).*

9. — Le manifestazioni più gravi dell'isteroepilettoidismo, trattandosi di soggetti inizianti lo sviluppo della personalità, sono rappresentate dalle varie forme cliniche della *frenastenia:* trattandosi di soggetti a personalità completamente sviluppata o pros-

sima a completarsi sono rappresentate dalla varie forme cliniche della *demenza*.

10. — Le varie cause disintegratici dell'ermafroditismo psico-fisico individuale agiscono determinando il fatto clinico della *malattia* allorquando la loro influenza si fa risentire in modo intenso e durante un periodo di tempo relativamente breve, oppure quelle della degenerazione, se la loro influenza si fa risentire in modo lieve ma ripetuto per un periodo di tempo, sempre relativamente lungo.

Dopo ciò l'A ritiene che l'alcool, pur costituendo praticamente la principale forse fra le cause disintegratici dell' ermafroditismo psico-fisico, e pur facendo assumere una fisionomia tutta sua propria al processo sintomatologico, non differisce punto, quanto al meccanismo patogenetico, da quello di ogni altra causa morbosa. A dosi piccole ma consuetudinarie favorisce le varie manifestazioni dell' isteroidismo, a dosi grandi, le varie manifestazioni dell'epilettoidismo.

Il Dott. Mariani C. E. presenta il suo tema: « *Alocolismo e spacci di bevande alcooliche in Torino* ».

Dott. CARLO E. MARIANI

ALCOOLISMO

E SPACCI DI BEVANDE ALCOOLCHE

IN TORINO



La propaganda contro l'alcoolismo va intensificandosi anche in Italia: sorsero prima la Lega antialcoolica di Firenze, poi quella di Brescia nel 1892, altre timidamente spuntarono quà e là nelle altre città, finchè nel 1908, per opera specialmente del Sen. *Malachia* De Cristoforis, si sentì il bisogno di fondare una grande federazione antialcoolica Italiana, con sede in Milano e nella quale per la necessità di un' indirizzo comune e di un'opera concorde si sono raccolte le varie Leghe finora istituite nella Penisola Italiana.

Ed era tempo, poichè se fino a qualche anno addietro ci si poteva cullare nella dolce illusione che in Italia non esistesse, o in proporzioni minime, un pericolo alcoolico, dall' altro problema non meno urgente ed imperioso, quello del soverchio affollamento de' Manicomi, veniva finalmente attirata l' attenzione dei governanti e del pubblico, sulle troppe neglette Relazioni dei Direttori di Manicomi, i quali da qualche lustro predicavano pur troppo ai venti, che l' alcoolismo s' avanza minaccioso in tutta Italia, e che anzi il Mezzogiorno e L' Umbria ch' erano riputate dapprima assolutamente indenni da questo male, cominciavano a dare un contributo progressivo e significante alla dolorosa statistica delle pazzie per alcoolismo (1).

(1) AGOSTINI. — Discussione sul II. Tema in Atti del XIII. Congresso della Soc. Fren. Italiana, pag. 124 e segg.

Il Dott. E. Padovani parla quindi sul tempa *Epilessia ed alcoolismo nell'emigrazione transoceanica italiana*, e cerca di stabilire se l'emigrazione contribuisca ad aumentare l'alcoolismo nei nostri paesi. Dalle ricerche iniziate in proposito e dalle statistiche presentate non può trarre delle conclusioni positive, però accordandosi con i più recenti ricercatori è di opinione che l'emigrazione abbia un' influenza favorevole sull'alcoolismo.

Il Dott. Consiglio tratta *sull'alcoolismo nell'esercito*, facendo rilevare come tra i nostri soldati va dilagando questa piaga sociale, mentre negli eserciti di altre Nazioni le cifre sono molto piû basse ed in alcuni vanno diminuendo. Invoca perciò che la lotta antialcoolica debba iniziarsi nella società, nella scuola e nella famiglia, affinchè i giovani non portino nell' esercito tali dannose abitudini; e tale lotta si dovrà estendere anche nell'ambiente militare per modo che tale educazione si ripercuoterà beneficamente nell'ambiente civile quando il soldato tornerà alle sue domestiche occupazioni.

I Dottori U. Menichetti ed A. Salerni riferiscono sul tema: *Epilessia e degenerazione ereditaria in rapporto all'alcoolismo.* Essi mettono in rilievo come nella discendenza dell' alcoolista si trovi in prima linea l'epilessia e talvolta anche arresti di sviluppo psichico o altri fenomeni nervosi di minore gravità. Dalle indagini compiute sul rapporto tra alcoolismo e degenerazione ereditaria hanno notato che:

1. — L'influenza dell'alcoolismo degli avi sui nepoti non è frequente, ma si esplica quasi esclusivamente con disturbi di indole convulsiva (isteria, epilessia, istero-epilessia);

2. — La tendenza all' alcoolismo di ambedue i genitori si perpetua e più spesso nei discendenti diretti;

3. — L'alcoolismo paterno determina una speciale gravità nell' epilessia dei discendenti;

4. — La epilessia nelle sue varie forme, che vediamo in

assoluta prevalenza nelle alterazioni degenerative da causa alcoolica, va dalla eclampsia infantile, assai frequente quando è alcoolista la madre, fino alla psicosi epilettica;

5. — Tale psicosi si determina specialmente nei discendenti di quegli alcoolisti che, sotto l'influenza dell'alcool, rilevano tendenze psicopatiche.

Il Dott. Cascella espone un contributo clinico al rapporto fra alcoolismo ed epilessia. Egli da uno studio statistico su 1500 alienati dal Manicomio di Aversa si sofferma a considerare i casi di epilessia alcoolica e dalle indagini clinico-anamnetiche trae le seguenti deduzioni:

1. — che nell'ultimo decennio si nota nella Campania un lieve ma progressivo aumento dell'alcoolismo;

2. — che esso colpisce più il sesso maschile;

3. — che nelle forme dirette, senza tara ereditaria, si ha una grande proporzionc di guariti, ma che però quasi tutti recidivano;

4. — che esso colpisce a preferenza, gli abitanti delle Città e pochissimo i contadini.

I dottori G. Gatti ed A. Montemezzo, comunicano sul tema: *Identità clinica ed etiologica fra il delirium tremens ed alcuni stati confusionali epilettici.* Per quanto riguarda le affinità etiologiche e patogenetiche espongono i dati di ricerche battereologiche: in due casi di delirium tremens febbrile e in due epilettici morti in stato crepuscolare con fenomeni febbrili hanno avuto occasione di constatare un identico reperto batteriemico (bacterium coli e staphilococcus piogenus). Ritengono che le tossine batteriche abbiano potuto nell'uno e nell'altro caso provocare, rispettivamente, a seconda del diverso substrato, forme confusionali quali il delirium tremens e gli stati crepuscolari epilettici febbrili. Il comportamento clinico era identico, si differenziavano solo alcuni sintomi secondari riferibili al diverso substratum su cui si manifestavano le forme confusionali.

Il Dott. Valtorta D. s'intrattiene sul tema: *Mentalità e reazioni psicologiche dell' alcoolismo;* e fa subito notare come per gli accessi psicopatici da alcool concorrono due ordini di fenomeni: l'avvelenamento ed il fattore endogeno. Prende in speciale considerazione quest' ultimo sotto l'aspetto della predisposizione ereditaria e per le diverse influenze generative aggravantisi e integrantisi nell' ambiente famigliare dell' alcoolista.

Tre tipi di mentalità concorrono a definire le condizioni psicologiche « Frenastenica; psicastenico-impulsiva; istintiva » ; e alle diverse forme di mentalità corrispondono reazioni psicologiche particolari.

Dalla associazione dell' alcoolismo colla deficenza mentale possiamo avere:

a) Evoluzione progressiva della psicosi tossica sul fondamento di condizioni psicopatologiche fisse, cioè qualitativamente immutabili;

b) Decorso progressivo della psicosi e contemporaneo complicarsi di espressioni psichiche autonome, le quali evolvono in sindromi cliniche, assimilando man mano elementi di origine tossica;

c) Progressivo delinearsi sul tramite di fenomeni tossici di entità cliniche autonome, che assai spesso assumono schietta fisionomia demenziale.

La mentalità psicastenico-impulsiva caratterizza gli psico-degenerati propriamente detti.

Negli alcoolisti istintivi gli eccessi sono e l' espressione dell' anomalia statica fondamentale e causa di perturbamenti dinamici, accessuali, che esplodono lasciando talvolta ben lungi i sintomi dell' alcoolismo.

Le condizioni psicologiche generatrici dell' alcoolismo possono variamente associarsi in rapporto al complicarsi delle varie forme di degenerazione.

Le reazioni psicologiche dei *degenerati alcoolici* al progrediente processo di saturazione tossica, stanno a rappresentare il riepilogo in tutte le espressioni sintomatiche della degenerazione ereditaria.

La psicosi cronica alcoolica viene affermandosi secondo modalità cliniche per decorso e colorito singolari, finchè alla soglia della demenza, accanto alla degenerazione cronica del carattere, si è costituita una condizione statica allucinatoria-delirante, sintesi di tutte quelle esplicazioni sintomatiche, che gli stimoli alcoolici sono venuti progressivamente risvegliando.

Il particolare ciclo evolutivo può essere condensato, o sconvolto per azione di tutte le influenze perturbatrici acquisite, le une di natura morbosa (tossi-infezioni-intossicazioni croniche-traumi del capo) le altre di indole sociale (fenomeno emigratorio; industrialismo; iperfunzionalità della vita quotidiana).

Le sindromi cliniche che ne derivano sfuggono a qualsiasi tentativo di classificazione, ma si presentano costantemente subordinate a due circostanze: la tappa, direi quasi, tossico-evolutivo, e l'entità della causa perturbatrice.

In virtù di processi di degenerazione acquisita possiamo vedere insorgere e riassumersi in breve tempo nello stesso individuo tutte le espressioni psicologiche che osserviamo nei degenerati ereditari.

Tali evenienze cliniche conseguono sopratutto ai traumatismi al capo.

Il Prof. Treves M. espone il suo tema « *l'alcool come isteroidizzatore e come epilettoidizzatore* » nel quale egli formola una nuova teoria della isteria e della epilessia. L'A. dimostra come la individualità per eccessi di lavoro tende ad una disintegrazione la quale mette in evidenza gli elementi costituitivi della individualità stessa; e questi elementi costitutivi si possono raggrup-

pare, secondo la sua concezione, in due tendenze: mascolinismo e femminilismo, che insieme combinati costituiscono il normale ermafrodismo psico-fisico di ogni essere vivente.

L'alcool sarebbe una delle cause patogene, che produrebbe la disintegrazione della individualità.

Per considerazioni fisio-patologiche è convinto che tale disintegrazione per ogni organismo vivente si attua con una legge costante:

1. — Dissociazione del mascolinismo dal femminilismo;

2. — Esagerazione del loro sviluppo, tendenza alla funzione alternativa (periodismo), e prevalenza dell'uno sull'altro componente.

3. — Alterazione della loro natura e correlativo pervertimento funzionale;

4. — Arresto evolutivo della funzione e soppressione dell'organo.

Secondo la detta concezione, ogni fatto disintegratico rilevantesi con eccesso di sviluppo del mascolinismo, costituisce un fenomeno di epilettoidismo (*morbus herculeus),* mentre ogni fatto disintegrativo rilevantesi con eccesso di sviluppo del femminilismo costituisce un fenomeno d'isteroidismo.

La teoria dell'ermafrodismo psico-fisico applicata allo studio delle malattie mentali porta alle seguenti conclusioni:

1. — Tutte le cause patogene agiscono affaticando la personalità e minacciandola nella sua integrità;

2. — La disintegrazione della personalità si esplica mediante un meccanismo patogenetico che mette in evidenza i componenti normali dell'ermafrodismo psico-fisico.

3. — La esagerazione di sviluppo dell'elemento femminino divorziato dall'elemento mascolino avrebbe per sua espressione clinica i vari fatti dell'isteroidismo.

4. — La esagerazione di sviluppo dell'elemento mascolino di-

vorziato dall' elemento femminino avrebbe per espressione clinica i vari fatti dell'epilettoidismo.

5. — L'isteroepilessia con prevalenza di epilettoidismo si collega con una esagerazione di sviluppo dell'elemento filogenetico (istero-epilettoidismo filogenetico). L'isteroepilessia con prevalenza di isteroidismo si collega con una esagerazione di sviluppo dell'elemento ontogenetico (istero-epilettoidismo ontogenetico).

6. — Le prime manifestazioni dell'isteroidismo si appalesano nel campo dell'attenzione col fatto clinico dello *stupore* e delle *idee fisse,* mentre le prime manifestazioni dell'epilettoidismo, si appalesano nel campo della volontà col fatto clinico della *confusione* e delle *idee ossessive.* Dalla loro alternanza nel campo della coscienza risulterebbe l'*amenza* (frenosi stuporoso-confusionale).

7. — L'isteroepilettoidismo filogenetico avrebbe per sue espressioni cliniche il fatto della *malinconia* per quanto riguarda il sentimento, e quello del *delirio di persecuzione* per quanto riguarda l'intelligenza; mentre l'isteroepilettoidismo ontogenetico avrebbe per sue espressioni cliniche il fatto della *mania* per quanto riguarda il sentimento, e quello del *delirio di grandezza* per quanto riguardo l'intelligenza.

Dalla loro alternanza nel campo della coscienza risulterebbero rispettivamente la *frenosi maniaco-depressiva* e la *paranoia* (Frenosi megalomane-persecutiva).

8. — Le manifestazioni lievi dell'isteroepilettoidismo sono rappresentate dal fatto clinico della *neurastenia* e delle *passioni (paranoie rudimentali).*

9. — Le manifestazioni più gravi dell'isteroepilettoidismo, trattandosi di soggetti inizianti lo sviluppo della personalità, sono rappresentate dalle varie forme cliniche della *frenastenia:* trattandosi di soggetti a personalità completamente sviluppata o pros-

pare, secondo la sua concezione, in due tendenze: mascolinismo e femminilismo, che insieme combinati costituiscono il normale ermafrodismo psico-fisico di ogni essere vivente.

L'alcool sarebbe una delle cause patogene, che produrebbe la disintegrazione della individualità.

Per considerazioni fisio-patologiche è convinto che tale disintegrazione per ogni organismo vivente si attua con una legge costante:

1. — Dissociazione del mascolinismo dal femminilismo;

2. — Esagerazione del loro sviluppo, tendenza alla funzione alternativa (periodismo), e prevalenza dell'uno sull'altro componente.

3. — Alterazione della loro natura e correlativo pervertimento funzionale;

4. — Arresto evolutivo della funzione e soppressione dell'organo.

Secondo la detta concezione, ogni fatto disintegratico rilevantesi con eccesso di sviluppo del mascolinismo, costituisce un fenomeno di epilettoidismo (*morbus herculeus)*, mentre ogni fatto disintegrativo rilevantesi con eccesso di sviluppo del femminilismo costituisce un fenomeno d'isteroidismo.

La teoria dell'ermafrodismo psico-fisico applicata allo studio delle malattie mentali porta alle seguenti conclusioni:

1. — Tutte le cause patogene agiscono affaticando la personalità e minacciandola nella sua integrità;

2. — La disintegrazione della personalità si esplica mediante un meccanismo patogenetico che mette in evidenza i componenti normali dell'ermafrodismo psico-fisico.

3. — La esagerazione di sviluppo dell' elemento femminino divorziato dall' elemento mascolino avrebbe per sua espressione clinica i vari fatti dell' isteroidismo.

4. — La esagerazione di sviluppo dell'elemento mascolino di-

vorziato dall' elemento femminino avrebbe per espressione clinica i vari fatti dell'epilettoidismo.

5. — L'isteroepilessia con prevalenza di epilettoidismo si collega con una esagerazione di sviluppo dell'elemento filogenetico (istero-epilettoidismo filogenetico). L'isteroepilessia con prevalenza di isteroidismo si collega con una esagerazione di sviluppo dell'elemento ontogenetico (istero-epilettoidismo ontogenetico).

6. — Le prime manifestazioni dell'isteroidismo si appalesano nel campo dell'attenzione col fatto clinico dello *stupore* e delle *idee fisse,* mentre le prime manifestazioni dell' epilettoidismo, si appalesano nel campo della volontà col fatto clinico della *confusione* e delle *idee ossessive.* Dalla loro alternanza nel campo della coscienza risulterebbe l'*amenza* (frenosi stuporoso-confusionale).

7. — L'isteroepilettoidismo filogenetico avrebbe per sue espressioni cliniche il fatto della *malinconia* per quanto riguarda il sentimento, e quello del *delirio di persecuzione* per quanto riguarda l'intelligenza; mentre l'isteroepilettoidismo ontogenetico avrebbe per sue espressioni cliniche il fatto della *mania* per quanto riguarda il sentimento, e quello del *delirio di grandezza* per quanto riguardo l'intelligenza.

Dalla loro alternanza nel campo della coscienza risulterebbero rispettivamente la *frenosi maniaco-depressiva* e la *paranoia* (Frenosi megalomane-persecutiva).

8. — Le manifestazioni lievi dell' isteroepilettoidismo sono rappresentate dal fatto clinico della *neurastenia* e delle *passioni (paranoie rudimentali).*

9. — Le manifestazioni più gravi dell' isteroepilettoidismo, trattandosi di soggetti inizianti lo sviluppo della personalità, sono rappresentate dalle varie forme cliniche della *frenastenia:* trattandosi di soggetti a personalità completamente sviluppata o pros-

sima a completarsi sono rappresentate dalla varie forme cliniche della *demenza*.

10. — Le varie cause disintegratici dell'ermafroditismo psico-fisico individuale agiscono determinando il fatto clinico della *malattia* allorquando la loro influenza si fa risentire in modo intenso e durante un periodo di tempo relativamente breve, oppure quelle della degenerazione, se la loro influenza si fa risentire in modo lieve ma ripetuto per un periodo di tempo, sempre relativamente lungo.

Dopo ciò l'A ritiene che l'alcool, pur costituendo praticamente la principale forse fra le cause disintegratici dell' ermafroditismo psico-fisico, e pur facendo assumere una fisionomia tutta sua propria al processo sintomatologico, non differisce punto, quanto al meccanismo patogenetico, da quello di ogni altra causa morbosa. A dosi piccole ma consuetudinarie favorisce le varie manifestazioni dell' isteroidismo, a dosi grandi, le varie manifestazioni dell'epilettoidismo.

Il Dott. Mariani C. E. presenta il suo tema: « *Alocolismo e spacci di bevande alcooliche in Torino* ».

DOTT. CARLO E. MARIANI

ALCOOLISMO

E SPACCI DI BEVANDE ALCOOLCHE

IN TORINO



sima a completarsi sono rappresentate dalla varie forme cliniche della *demenza*.

10. — Le varie cause disintegratici dell'ermafroditismo psico-fisico individuale agiscono determinando il fatto clinico della *malattia* allorquando la loro influenza si fa risentire in modo intenso e durante un periodo di tempo relativamente breve, oppure quelle della degenerazione, se la loro influenza si fa risentire in modo lieve ma ripetuto per un periodo di tempo, sempre relativamente lungo.

Dopo ciò l'A ritiene che l'alcool, pur costituendo praticamente la principale forse fra le cause disintegratici dell' ermafroditismo psico-fisico, e pur facendo assumere una fisionomia tutta sua propria al processo sintomatologico, non differisce punto, quanto al meccanismo patogenetico, da quello di ogni altra causa morbosa. A dosi piccole ma consuetudinarie favorisce le varie manifestazioni dell' isteroidismo, a dosi grandi, le varie manifestazioni dell'epilettoidismo.

Il Dott. Mariani C. E. presenta il suo tema: « *Alocolismo e spacci di bevande alcooliche in Torino* ».

DOTT. CARLO E. MARIANI

ALCOOLISMO

E SPACCI DI BEVANDE ALCOOLCHE

IN TORINO



La propaganda contro l'alcoolismo va intensificandosi anche in Italia: sorsero prima la Lega antialcoolica di Firenze, poi quella di Brescia nel 1892, altre timidamente spuntarono quà e là nelle altre città, finchè nel 1908, per opera specialmente del Sen. *Malachia* De Cristoforis, si sentì il bisogno di fondare una grande federazione antialcoolica Italiana, con sede in Milano e nella quale per la necessità di un' indirizzo comune e di un'opera concorde si sono raccolte le varie Leghe finora istituite nella Penisola Italiana.

Ed era tempo, poichè se fino a qualche anno addietro ci si poteva cullare nella dolce illusione che in Italia non esistesse, o in proporzioni minime, un pericolo alcoolico, dall' altro problema non meno urgente ed imperioso, quello del soverchio affollamento de' Manicomi, veniva finalmente attirata l' attenzione dei governanti e del pubblico, sulle troppe neglette Relazioni dei Direttori di Manicomi, i quali da qualche lustro predicavano pur troppo ai venti, che l' alcoolismo s' avanza minaccioso in tutta Italia, e che anzi il Mezzogiorno e L' Umbria ch' erano riputate dapprima assolutamente indenni da questo male, cominciavano a dare un contributo progressivo e significante alla dolorosa statistica delle pazzie per alcoolismo (1).

(1) AGOSTINI. — Discussione sul II. Tema in Atti del XIII. Congresso della Soc. Fren. Italiana, pag. 124 e segg.

La propaganda contro l'alcoolismo va intensificandosi anche in Italia: sorsero prima la Lega antialcoolica di Firenze, poi quella di Brescia nel 1892, altre timidamente spuntarono quà e là nelle altre città, finchè nel 1908, per opera specialmente del Sen. *Malachia* De Cristoforis, si sentì il bisogno di fondare una grande federazione antialcoolica Italiana, con sede in Milano e nella quale per la necessità di un' indirizzo comune e di un'opera concorde si sono raccolte le varie Leghe finora istituite nella Penisola Italiana.

Ed era tempo, poichè se fino a qualche anno addietro ci si poteva cullare nella dolce illusione che in Italia non esistesse, o in proporzioni minime, un pericolo alcoolico, dall' altro problema non meno urgente ed imperioso, quello del soverchio affollamento de' Manicomi, veniva finalmente attirata l' attenzione dei governanti e del pubblico, sulle troppe neglette Relazioni dei Direttori di Manicomi, i quali da qualche lustro predicavano pur troppo ai venti, che l' alcoolismo s' avanza minaccioso in tutta Italia, e che anzi il Mezzogiorno e L' Umbria ch' erano riputate dapprima assolutamente indenni da questo male, cominciavano a dare un contributo progressivo e significante alla dolorosa statistica delle pazzie per alcoolismo (1).

(1) Agostini. — Discussione sul II. Tema in Atti del XIII. Congresso della Soc. Fren. Italiana, pag. 124 e segg.

Frutto di questa agitazione furono i Congressi di Venezia, di Verona, di Milano, la coraggiosa Relazione del prof. Seppilli al Congresso di Freniatria tenutosi a Genova nel 1905. « Sull' alcoolismo e sulla lotta antialcoolica in Italia », dai quali si incominciò a porre seriamente sul tappeto la questione alcoolica, che ormai anche in Italia diviene questione sociale.

Ho detto questione Sociale, poichè come ben dice il Duprè: « L'alcoolismo deve essere considerato non solamente come una malattia dell' individuo, ma bensì come un morbo della specie, non solo come l' intossicazione di un organismo, ma come un fattore di degenerazione della razza, di annientamento della discendenza ».

Se a scusarci di essere scesi assai tardi ed in coda alle altre Nazioni civili nella lotta contro l' alcoolismo, si può invocare l' attenuante che il pericolo alcoolico fu per assai tempo molto minore da noi che in altre nazioni (tanto che nel 1878 il Dott. Bauer nel suo studio sull'alcoolismo poteva additare l' Italia come esempio di Nazione sobria) tuttavia ora che questo pericolo si è manifestato, ed è merito degli Igienisti e degli Alienisti l'averlo prospettato in tutta la sua gravità, incombe l' obbligo anche a noi di non tardare a correre ai ripari, intensificando la lotta e facendo tesoro di quei mezzi che altre nazioni hanno già da tempo escogitato e largamente esperimentato nella lotta contro questo flagello sociale.

Rivolgendomi ad alienisti e medici provetti e colti, io non sento davvero il bisogno di ricordare tutti i provvedimenti escogitati od attuati all' estero per un' efficace propaganda antialcoolica: d' altronde la sola enumerazione ed un esame anche superficiale di tali provvedimenti mi condurrebbe troppo lontano e fuori del mio argomento.

Mi limiterò ad accennare che uno dei migliori mezzi per combattere l' alcoolismo è senza dubbio l' iniziativa privata, rap-

presentata in generale dalle società di temperanza e dalle leghe antialcooliche.

L'iniziativa privata, dice il Mathieu in quella poderosa monografia ch' egli ha scritto sull' alcoolismo in collaborazione coi Dottori Triboulet e Mignot, che non bisogna confondere coll'opinione pubblica, sua antagonista in molte circostanze, è dunque alla base stessa della profilassi antialcoolica: è a lei che si devono i primi successi, senza di essa nè gli Stati Uniti, nè il Canadà, ne gli Stati Scandinavi, ne le Colonie Anglo-Australiane, per non parlare che dei paesi in cui delle serie legislazioni sulle bevande furono stabilite, non avrebbero acquistato l'enorme avanzamento, che tutti conoscono, sulla via dell' antialcoolismo; è da essa che dipende il trionfo definitivo e durevole della causa antialcoolica.

Ma per ottenere un tale risultato è necessario che la sua azione sia multipla e variata, penetri dappertutto ove penetra l' endemia alcoolica, e non sia limitata alla propaganda puramente teorica delle conferenze e degli opuscoli.

Bisogna, in una parola, che questa azione discenda nella vita pratica, si mescoli alla vita sociale e famigliare; che essa si eserciti sul fanciullo fin dalla prima età, segua l' adolescente all' Università, alla caserma, all' opificio, e sopratutto si continui sull' adulto in quel momento dell' esistenza in cui egli produce più attivamente.

Bisogna finalmente ch' essa si ingerisca negli affari pubblici, influenzi i legislatori e sostenga l' ardire, troppo sovente vacillante dei poteri amministrativi.

Un primo grido d' allarme è stato dato dal Consigliere Geisser a proposito del Programma finanziario di Torino, in un capitolo della sua dotta relazione intitolato: *Una rivelazione dolorosa e grave,* che è pregio dell' opera riportare in extenso, tanto sono impressionanti i fatti in esso rilevati:

« Lo studio coscienzioso del problema anche in rapporto agli interessi degli esercenti dentro e fuori cinta, ci ha condotti ad una grave constatazione.

La statistica degli esercizi pubblici (ossia spacci di bevande autorizzati) era nel Giugno 1907 per tutto il territorio di Torino, secondo le indicazioni della R. Questura, come appresso:

Alberghi	99
Ristoranti	44
Birrerie	28
Caffè	301
Bottiglierie	89
Trattorie	782
Spacci di vino e liquori (comprese le degustazioni in drogherie senza tavoli)	730
Spacci di vino e liquori da esportarsi .	745
Liquorerie	83
Spacci in confetterie e pasticcerie. .	15
Stabilimenti di bagni	13
Pensioni	4
Stallaggi	25
Totale	2958

Il sovracitato rendiconto del dazio forese ci ha rivelato che « fuori cinta », per 62,000 abitanti, gli spacci di bevande sono:

Osti.	357
Osti con vendita di commestibili . .	59
Vendite di vini e commestibili . .	64
Totale	480

(oltre le numerose società e circoli).

Nessuno potrà e vorrà contestare che la frequenza degli

« spacci di bevande alcooliche » ha una grande influenza sulle bitudini e i consumi della popolazione.

Dal suddetto totale di 2958 deduciamo pure

Alberghi	99
Ristoranti.	44
Pensioni	4
Bagni	13
Caffè	301
Confetterie	15
Insieme	476

dove lo spaccio delle bevande alcooliche si può ritenere cosa accessoria.

Restano 2482 veri e propri spacci di bevande alcooliche. Di questi, 2000 sono nell' interno o entro cinta (con 305.000 abitanti) e 480 nel fuori cinta (con 62.000 abitanti).

Entro cinta uno spaccio per 150 abitanti.

Fuori cinta uno spaccio per 130 abitanti.

Entro cinta concorre il consumo dei forestieri e vi è maggiore ricchezza.

Pel fuori cinta milita la circostanza d'una popolazione assai più disseminata e l'affluenza domenicale degli abitanti dell' entrocinta.

Notisi che, secondo le risultanze del censimento 1901, in Torino a 1000 maschi corrispondono 1074 femmine.

La popolazione italiana nel 1901 si divideva così nei riguardi dell'età per ogni 100 o 1000 abitanti:

Da 0 a 14 anni compiuti . . .	344
» 15 a 59 » » . . .	560
» 60 anni in su	96

Nèlle grandi città la percentuale degli adulti è maggiore della normale.

Nullameno la proporzione dei fanciulli e delle persone che per sesso, salute, costume, penuria di mezzi non bevono punto vino o ne bevono poco e di rado, aumenta grandemente al di là del doppio, la percentuale generale di litri 175 per i bevitori maschi adulti ».

La cifra rilevante di spacci di bevande alcooliche rilevata dal Geisser è stata raggiunta certamente in parecchi anni per un continuo e progressivo pullulare di osterie e vendite di vini, epperò appariva molto interessante ed istruttivo l'indagare se questo progressivo aumento non avesse avuto una ripercussione fatale sul numero dei ricoverati per frenosi alcoolica nel nostro manicomio di Torino.

A tal uopo mi sono giovato delle tabelle statistiche favoritemi dall'egregio mio amico e collega prof. Audenino, e da lui compilate per servirsene per un suo studio sull'alcoolismo in rapporto colle professioni.

La statistica ch'io metto sotto i vostri occhi va dall'anno 1893 al 1907 incluso, comprende quindi un periodo di 15 anni e fu desunta dalle statistiche annuali del manicomio di Torino.

Alcoolisti entrati nel manicomio di Torino.

Anno	Maschi	Femmine	Totale
1893	25	2	27
1894	36	3	39
1895	23	6	29
1896	34	3	37
1897	29	1	30
1898	35	4	39
1899	21	2	23

Anno	Maschi	Femmine	Totale
1900	38	2	40
1901	39	2	41
1902	46	4	50
1903	55	12	67
1904	54	3	57
1905	73	10	83
1906	74	12	86
1907	65	20	85
			Totale 733

Da questa tabella, assai significativa nella semplicità delle sue cifre, risulta che il numero degli alcoolisti ammessi nel nostro frenocomio è andata gradatamente aumentando fino a raggiungere il triplo della cifra iniziale del 1893. Infatti, mentre nel 1893 furono ammessi 25 alcoolisti maschi, nel 1896 ne furono accolti 74. L'aumento è progressivo e continuo, non fa eccezione che l'anno 1899 in cui la cifra degli ammessi è discesa a 21, per risollevarsi poi subito a 38 nel 1900.

Anche le donne hanno dato il loro contingente alla statistica delle frenosi alcooliche, ed anche in queste si è verificato il costante e progressivo aumento che dalla cifra di 2 nel 1893 sale alla cifra di 20 nel 1907: vale a dire che mentre nel 1893 le donne alcooliste erano 1|12 degli alcoolisti (2|24) nel 1907 esse salivano alla proporzione di poco meno di 1|3 (20 per 65).

Notisi che in questa statistica non sono registrati che i casi di pazzia alcoolica nei quali venne accertato che l'alcocl fu la causa primaria od unica; chè se si volessero computare tutti quegli altri casi di pazzia in cui l'abuso d'alcool entrava come concausa, le cifre salirebbero ad un'altezza vertiginosa.

Pur tuttavia il numero totale degli alcoolisti ricoverati nel

Nèlle grandi città la percentuale degli adulti è maggiore della normale.

Nullameno la proporzione dei fanciulli e delle persone che per sesso, salute, costume, penuria di mezzi non bevono punto vino o ne bevono poco e di rado, aumenta grandemente al di là del doppio, la percentuale generale di litri 175 per i bevitori maschi adulti ».

La cifra rilevante di spacci di bevande alcooliche rilevata dal Geisser è stata raggiunta certamente in parecchi anni per un continuo e progressivo pullulare di osterie e vendite di vini, epperò appariva molto interessante ed istruttivo l'indagare se questo progressivo aumento non avesse avuto una ripercussione fatale sul numero dei ricoverati per frenosi alcoolica nel nostro manicomio di Torino.

A tal uopo mi sono giovato delle tabelle statistiche favoritemi dall' egregio mio amico e collega prof. Audenino, e da lui compilate per servirsene per un suo studio sull' alcoolismo in rapporto colle professioni.

La statistica ch' io metto sotto i vostri occhi va dall' anno 1893 al 1907 incluso, comprende quindi un periodo di 15 anni e fu desunta dalle statistiche annuali del manicomio di Torino.

Alcoolisti entrati nel manicomio di Torino.

Anno	Maschi	Femmine	Totale
1893	25	2	27
1894	36	3	39
1895	23	6	29
1896	34	3	37
1897	29	1	30
1898	35	4	39
1899	21	2	23

Anno	Maschi	Femmine	Totale
1900	38	2	40
1901	39	2	41
1902	46	4	50
1903	55	12	67
1904	54	3	57
1905	73	10	83
1906	74	12	86
1907	65	20	85
			Totale 733

Da questa tabella, assai significativa nella semplicità delle sue cifre, risulta che il numero degli alcoolisti ammessi nel nostro frenocomio è andata gradatamente aumentando fino a raggiungere il triplo della cifra iniziale del 1893. Infatti, mentre nel 1893 furono ammessi 25 alcoolisti maschi, nel 1896 ne furono accolti 74. L'aumento è progressivo e continuo, non fa eccezione che l'anno 1899 in cui la cifra degli ammessi è discesa a 21, per risollevarsi poi subito a 38 nel 1900.

Anche le donne hanno dato il loro contingente alla statistica delle frenosi alcooliche, ed anche in queste si è verificato il costante e progressivo aumento che dalla cifra di 2 nel 1893 sale alla cifra di 20 nel 1907: vale a dire che mentre nel 1893 le donne alcooliste erano 1|12 degli alcoolisti (2|24) nel 1907 esse salivano alla proporzione di poco meno di 1|3 (20 per 65).

Notisi che in questa statistica non sono registrati che i casi di pazzia alcoolica nei quali venne accertato che l'alcocl fu la causa primaria od unica; chè se si volessero computare tutti quegli altri casi di pazzia in cui l'abuso d'alcool entrava come concausa, le cifre salirebbero ad un'altezza vertiginosa.

Pur tuttavia il numero totale degli alcoolisti ricoverati nel

nostro Manicomio dal 1893 al 1907 è abbastanza rilevante. sono difatti ben 732 psicopatici che hanno soggiornato in questo periodo di tempo nelle tristi corsie dell'*Albergo dei due Pini,* come con motto scherzoso suole il popolino denominare il nostro massimo Istituto.

E calcolando che ciascuno di essi siasi fermato per un periodo medio di 6 mesi circa, sono 131,940 giornate di presenza che i 732 alcolisti hanno rappresentato in questo frattempo. Calcolata la spesa di ospitalizzazione in L. 1,30 per ogni giornata di presenza, si raggiunge la bella cifra di L. 171,501 che questa massa di povere vittime di un vizio funesto ha fatto spendere alla Provincia e quindi ai contribuenti, per la loro assistenza: un po' più di 10.000 lire all'anno.

Il bilancio è ancora inferiore al vero, poichè io per semplicità di calcolo non ho voluto tener conto dei molti alcoolisti (il 30 % circa) i quali sulla quantità non hanno potuto essere dimessi dal Manicomio, ma sono passati per demenza secondaria o forme psicopatiche inguaribili a far parte permanente della popolazione del nostro Frenocomio e gravarono non per 6 mesi ma per anni ,e continueranno ancora a gravare vita natural durante, sul bilancio che la Provincia è obbligata a pagare annualmente per l'ospitalizzazione dei suoi alienati.

Queste cifre non hanno bisogno di commenti: parlano per se stesse e ci dimostrano chiaramente che il consiglio dato dal Geisser: *Provvedere e rimediare* non é davvero inutile od intempestivo, ma si impone.

In una mia comunicazione fatta al congresso di Freniatria di Venezia circa 2 anni fa, io ho propugnato la necessità di fare promulgare *una legge che permetta di curare e sequestrare anche contro il loro volere gli alcoolisti* curabili ed incurabili come si fa all'estero da tempo, e come corollario di questa legge *l'istituzione di asili speciali per gli alcoolisti.*

Intanto una riduzione nel numero degli esercizi per lo spaccio delle bevande alcooliche è più che necessario: se non si ha il coraggio di sopprimere quelli che ci sono di troppo, si limiti almeno la concessione di nuove aperture, concessione che finora le Autorità sono sempre troppo corrive a largire.

La « *Revue d'Hygiene generale et appliquè* » di quest'anno segnala un fatto che dimostra come i Comuni potrebbero prendere delle misure semplici, ma suscettibili di esercitare una grande influenza sullo sviluppo dell'alcoolismo. Applicando una disposizione della legge 17 luglio 1880 il Sindaco di Rounen, in seguito ad una deliberazione del Consiglio Municipale, ha regolamentato, in data 7 marzo 1906, l'apertura degli spacci di bevande nella città di Rounen: « È proibito sia di aprire o di creare un nuovo spaccio di bevande, sia di ricostituire un antico spaccio precedentemente chiuso, in un raggio di 150 metri a volo d'uccello dagli edifici consacrati ad un culto qualsiasi, dai cimiteri, ospedali, scuole primarie, collegi ed altri stabilimenti d'istruzione pubblica ».

È interessante mettere in parallelo il numero delle aperture di spacci prima e dopo l'applicazione dell'ordinanza municipale sopracitata del 7 Marzo 1906, avvertendo che l'applicazionc stessa non potè essere fatta se non tre mesi dopo la data in cui fu emanata.

Apertura di caffè o spacci di bevande:

1904	N. 66
1905	» 80
1906	» 39
1907	» 16
1908	» 16

Si constata con piacere che l'apertura degli spacci di liquori o caffè a Rounen è caduta nella proporzione del 74 °/₀ in queste due uitime annate, vale a dire dopo la completa applicazione dell'ordinanza municipale che ha determinato diversi raggi di interdizione per la creazione degli stabilimenti di questo genere.

Nella III Seduta del Congresso prese la parola il Prof. Cerletti U. svolgendo la sua Relazione sul Tema *Anatomia Patologica delle demenze*, illustrandolo con numerosissime proiezioni.

L' oratore dopo avere limitato il suo studio sui reperti anatomo-patologici delle malattie in cui si nota uno stato di demenza, elimina alcune forme, quali ad esempio: la epilessia, la demenza precoce, l' alcoolismo, la pellagra ecc. nelle quali non si è potuto ancora costituire un quadro anatomo-patologico caratteristico.

Espone quindi con sintesi lucida, basandosi su osservazioni numerose, e dettagliatamente studiata, le alterazioni che veramente costituiscono la esponente costante e propria di alcune sindrome psicopatiche e cioè: le forme da sifilide cerebrale, quelle da involuzione senile e la demenza paralitica.

Le conclusioni principali che riassumono il poderoso lavoro del Cerletti sono le seguenti:

Anatomia Patologia delle demenze.

Il tema su cui il Congresso di Venezia mi ha dato incarico di riferire, può essere inteso in due significati. In un primo significato, esso può essere inteso nel modo seguente:

Stabilire quali alterazioni anatomo-patologiche, nelle diverse forme morbose mentali, rappresentino il substrato necessario e sufficiente della demenza.

Al proposito conviene rammentare che con l' appellativo di demenza noi oggi designiamo puramente una sindrome mentale, sindrome che si presenta in varie malattie, traendo necessariamente da ciascuna di esse speciali caratteristiche; non vi è cioè una demenza, ma vi sono più forme di demenza.

Ciò nondimeno, gli Autori, considerando come esponente comune degli stati demenziali la dissoluzione (inguaribile) dei poteri mentali, hanno tentato di derminarne il correlato anatomico. In base al concetto che tale dissoluzione mentale sia costantemente accompagnata da una distruzione di strutture nervose, si è cercato di dimostrare una peculiare localizzazione delle alterazioni distruttive dei centri nervosi e per il problema in questione, si è dato speciale valore al fatto che in molti dementi la parte dell' encefalo che macroscopicamente apparisce più alterata (atrofie ecc.) è la porzione prefrontale.

Con indagine più minuta, l' istopatologia, mentre ha potuto, in un certo numero di casi, anche quando l' atrofia non era macroscopicamente rilevabile, stabilire una reale prevalenza di alterazioni nei lobi prefrontali, ha potuto d' altro lato stabilire che questo fatto non è costante e che talora sono precipuamente colpite altre regioni del cervello. Non diversamente ci si presenta, in sostanza, il problema per lesioni distruttive diverse dall' atrofia, come tumori, rammollimenti ecc.

Le indagini microscopiche dirette a stabilire in modo preciso la distribuzione istotopografica delle lesioni, sia in determinate aree, sia in determinati strati della corteccia cerebrale, o a dimostrare peculiari alterazioni delle strutture nervose in rapporto allo stato di demenza, non reggono alla critica.

Difficoltà d' ordine teorico e pratico, oggi insuperabili, rendono enormemente difficile una razionale, fruttifera impostazione di una tale ricerca.

Ciò posto, il relatore lascia da parte le ricerche istotopografiche in rapporto col su enunciato quesito, e si limita a riferire circa le ricerche *qualitative*, che, in ogni modo, dovranno formare il punto di partenza delle prime. Il tema viene dunque inteso nel secondo dei suoi significati, ossia:

Riferire sui reperti anatomopatologici propri delle malattie in cui interviene uno stato di demenza.

È ovvio che si abbia una grande variabilità di reperti in quelle forme morbose che la psichiatria clinica delimita provvisoriamente in base alla sintomatologia, al decorso ecc., in mancanza di un fondamento unitario etiologico-patogenetico. Così ad esempio nella demenza precoce, nella epilessia ecc. Per queste forme oggi non esistono quadri anatomopatologici *caratteristici.*

È stato invece possibile raggruppare in quadri anatomopatologici caratteristici e costanti i reperti per alcune malattie mentali a delimitazione etiologico-patogenetica, e cioè:

1. — per le malattie sifilitiche e metasifilitiche (sifilide cerebrale nelle sue varie forme, paralisi progressiva).

2. — per una tripanosomiasi, la malattia del sonno,

3. — per i processi d'involuzione senile del cervello (la demenza senile nelle sue varie forme),

4. — per la demenza da arteriosclerosi cerebrale.

Per altre malattie a base etiologica unitaria (pellagra, alcoolismo ecc.) non conosciamo ancora reperto anatomopatologico caratteristico.

Riassumendo in un brevissimo elenco soltanto quelle alterazioni che dei singoli quadri anatomopatologici formano la parte integrale, avremo:

I. *Sifilide cerebrale.*

Vi si distinguono tre forme principali: la forma gommosa, la forma meningo-encefalitica, la forma tipicamente vasale (ALZHEIMER).

a) La forma gommosa tocca il nostro tema solo in quanto può dare i sintomi di determinati tumori cerebrali ed in quanto può andare unita ad una delle due altre forme, che più spesso stanno in rapporto con stati demenziali.

b) nella forma meningo-encefalitica l'alterazione essenziale è a carico della leptomeninge e dei suoi vasi, in forma di una infiltrazione diffusa di linfociti e plasmatociti delle trabecole connettivali e dei vasi della pia. Questi infiltrati si estendono per breve tratto lungo le guaine avventiziali dei vasi che dalla pia

penetrano nella sostanza nervosa. Le lesioni della sostanza cerebrale, per lo più ad aree limitate, sembrano in rapporto con le alterazioni vasali.

c) Nella forma tipicamente vasale l'alterazione più saliente è data dalla reazione progressiva enorme delle cellule delle pareti dei vasi cerebrali. Nei grossi vasi si hanno tipici esempi della così detta endoarterite di HEUBNER, con enorme proliferazione delle cellule dell' intima; nei piccoli vasi, l'ipertrofia ed iperplasia di tutti gli elementi cellulari e spesso la formazione dei « fasci vasali » per neoformazione perivasale. Si hanno qui alterazioni a focolajo della sostanza cerebrale in rapporto con le alterazioni (occlusive) dei grossi vasi, e parallelamente alla vivace diffusa reazione progressiva dei piccoli vasi, una vivace reazione progressiva della glia. Nella sifilide cerebrale dell'adulto è rarissimo il reperto del treponema pallido.

II. — *Nella paralisi progressiva* l'encefalo è l'organo più gravemente leso. L' alterazione che più colpisce è la grave e diffusa distruzione di elementi specificamente nervosi, per cui ne risultano profonde alterazioni del tipo della mielo e citoarchitettura delle varie aree della corteccia e gravi atrofie delle circonvoluzioni con rigogliose proliferazioni nevrogliche. A differenza di quanto si osserva nella massima parte delle forme di sifilide cerebrale, i vasi del tessuto nervoso sono qui in preda ad alterazioni prevalentemente regressive, che, per molti capillari, giungono alla totale involuzione. Ne residuano così nel tessuto nervoso elementi cellulari che vanno col nome di *cellule a bastoncello*. Le guaine avventiziali di tutto il sistema vasale endocerebrale contengono plasmatociti e linfociti più o meno numerosi e svariate sostanze di disfacimento, commiste a pigmenti ematogeni. Alterazioni analoghe, in genere meno intense, trovansi in tutto l'asse cerebro-spinale. Nei centri nervosi non fu potuto mettere in rilievo il treponema pallido. Processi degenerativi ed infiltrazioni vasali si trovano che nel sistema nervoso periferico e negli organi interni.

III. — *Nella malattia del sonno* tra le gravi alterazioni dei varii organi mostransi molto evidenti le alterazioni dei centri ner-

vosi nei quali notansi sopratutto imponenti infiltrati perivasali specie nei vasi maggiori, costituiti di plasmatociti e linfociti e gravi alterazioni del tessuto nervoso in aree perivasali (SPIELMEYER).

IV. — *Nelle forme di demenza da involuzione senile,* tra le varie alterazioni regressive che si osservano nei diversi organi, tiene il primo posto l' alterazione del cervello, specie della corteccia cerebrale. Costante reperto sono in essa le « placche senili » di *Redlich-Fischer.* La massima parte delle cellule nervose di tutto l' asse cerebro-spinale trovasi in stadii più o meno avanzati della così detta degenerazione grassosa. L' atrofia corticale spesso assai spiccata sta a dimostrare la gravità e diffusione delle alterazioni distruttive delle strutture nervose. I vasi propri del tessuto nervoso presentano numerosissime le note disposizioni ad ansa, a treccia, a grovigli. In probabile rapporto con la grave distruzione di strutture nervose e con misti ed abbondanti prodotti di disfacimento si possono trovare linfociti, specie intorno ai vasi della sostanza bianca.

V. — *Nella demenza da arteriosclerosi cerebrale,* in rapporto non necessario col grado e l' estensione delle alterazioni arteriosclerotiche del sistema vasale in genere e dei grossi vasi del cervello in ispecie, si osservano nei piccoli e minimi vasi endocerebrali alterazioni regressive di vario tipo: la così detta degenerazione jalina, la sclerosi fibrosa, la così detta degenerazione grassa, la calcificazione etc. In diretto rapporto con le alterazioni vasali e perciò in aree di varia estensione, ma circoscritte, si trovano alterazioni di varia natura del tessuto nervoso, dal rammollimento ai processi di distruzione delle strutture nervose con conservazione del tessuto di sostegno.

Le particolarità di ciascuno dei su cennati quadri anatomopatologici vennero analizzate nella relazione orale ed illustrate con projezioni di microfotografie.

*
* *

Al termine della bellissima Relazione salutata da applausi, il Prof. Agostini si congratula col Prof. Cerletti, cui la calorosa ova-

zione degli intervenuti deve avere dimostrato il grande interessamento e la viva compiacenza suscitata dalla Conferenza tenuta, che può essere chiamata una dotta e geniale lezìone di anatomia patologica delle alienazioni mentali.

L' ammirabile relazione torna ad onore del Congresso, dell'egregio Professore e della scuola psichiatrica di Roma. In un campo così discusso, a confini sterminati e indecisi come quello della isto-patologia della corteccia cerebrale che ha permesso la costruzione di tante teorie oggi in onore, domani dimenticate, fa la miglior impressione ascoltare parole misurate e prudenti che se smorzano certi entusiasmi, rivelano quel tanto di terraferma che costituisce una conquista durevole, una base solida per altre fortunate scoperte. Sorride senza dubbio a tutti noi il miraggio di localizzare in determinati strati corticali funzioni inerenti alla volontà ed alla condotta dell' individuo, di potere affidare alle connessioni pericellulari e peridendritiche i processi della conoscenza ed al corpo cellulare quelli della affettività, variabili a seconda delle condizioni mutabili del chinismo intraneuronico, ma tali costruzioni anatomopsicologiche esulano tutt' ora della severa dimostrazione scentifica.

Il sogno del Werniche che voleva fissare le varie forme della coscienza del proprio io e del mondo esterno nei diversi strati della corteccia, è svanito.

La pura realtà ci dimostra che nella grande maggioranza delle malattie mentali non si hanno reperti istopatologici costanti nè caratteristici e sopratutto tali da poter mettere in rapporto la lesione degli elementi nervosi con le manifestazioni morbose della psiche.

Lo stesso Cerletti ha dimostrato che anche in cervelli d'individui non alienati, per effetto della malattia che determinò la morte si trovano alterazioni minute della corteccia cerebrale. Nella stessa paralisi generale troviamo uniforme il tipo della lesione

tanto sulla forma espansiva quanto in quella deprensiva. La straordinaria complicazione e mutabilità dei singoli processi psichici non fa certo sperare che si possa mai fissare in determinati strati o in particolari tipi neuronici una peculiare manifestazione psichica normale od aberrante; ma ciò non deve distogliere dall'indagare insistentemente e con ogni mezzo questo campo così misterioso e altrettanto affascinante e foriero di inestimabili frutti.

Come ho avuto già occasione di dire nel discorso inaugurante, è chiuso omai nella isto-patologia del sistema nervoso il periodo del dilettantismo, delle indagine monche sulla modificazione della sostanza tigroide, sullo stato delle neurofibrille. Occorre un agevole indirizzo, uno studio minuto completo d' ogni elemento di tutto il sistema nervoso per approdare a qualche risultato reale e costante: bisogna quindi diventare veri specialisti, come il Cerletti, e collegare l' opera di uno studioso a quella di tutta una scuola. I reperti costanti e caratteristici dimostratici dall' eg. relatore nella paralisi generale, nella demenza senile, nella sifilide cerebrale costituiscono una grande conquista e danno conforto e stimolo ad ulteriori e geniali risultanze. Auguriamoci che queste siano opera e storia d' istologia della scuola italiana.

Seguirono, facendo varie osservazioni al Prof. Cerletti, i Prof. Righetti, Ansalone, Maiano, Rossi e Bonfiglio, non già d' indole critica, ma semplicemente esplicativa di alcuni punti sui quali per brevità l'oratore non aveva creduto d' intrattenersi. A tutti rispose il Prof. Cerletti, dimostrando ancora una volta la maggiore padronanza di tutto quanto si riferiva sull' importante argomento.

In un' altra seduta del Congresso vennero svolte le comunicazioni relative al Tema trattato dal Prof. Cerletti.

Il Dott. Ansalone fece la sua comunicazione dal titolo *Lesioni neurofibrillari nella paralisi progressiva.*

Ha applicato i metodi di Cayal e di Donaggio allo studio

del sistema nervoso centrale di quattro dementi paralitici nell' anammestico dei quali figurava l' alcoolismo.

Dall'insieme delle sue ricerche trae le seguenti conclusioni.

(1) Il metodo Donaggio è preferibile agli altri metodi oltre che per la sicurezza e precisione dei risultati in ordine alle neurofibrille, per la facilità con cui mette in rilievo modificazioni patologiche del tessuto nervoso.

(2) Conformemente ai risultati di *Dagonet* nella paralisi progressiva l' apparato neurofibrillare non presenta che lesioni poco rilevanti, e per nulla proporzionate alla gravezza dei sintomi psico-somatici.

I reperti di gravi alterazioni primarie delle fibrille sino alla disintegrazione e degenerazione granulare descritti da *Brodman*, *Schaffer Bielschowsky*, *Lavastine* non trovano conferma nelle ricerche dell' A.

(3) La conglutinazione delle fibrille, analoga a quella riscontrata da *Donaggio* negli animali sottoposti all' azione combinata del freddo e del digiuno, costituisce un reperto rarissimo sia negli elementi midollari che in quelli corticali e per nulla specifico nella paralisi progressiva.

(4) Le alterazioni cellulari (degenerazione pigmentaria, ialina, vacuolare, stato edematoso del protaplasma) conformemente alle ricerche di *Modena, Modena e Fuà, Venitco, Scarpini ecc.* non sono rilevanti e per nulla specifiche.

(5) Il parallelismo voluto dal *Parhon*, e solo in parte ammesso da *Sciuti*, tra lesioni della sostanza neurofibrillare non trova conferma nelle ricerche dell' A.

(6) Le lesioni della vie conduttrici endocellulari sembrano esse sole insufficienti a spiegarci la grave sindrome clinica psicosomatica.

Seguì la comunicazione del Dottor Bonfiglio dal titolo

« *Contributo alla conoscenza dei prodotti di disfacimento del sistema nervoso*, illustrata da numerose proiezioni.

Il Prof. Cerletti con dimostrazione di preparati espose le conclusioni di un suo studio dal titolo « *Nuovo reperto nel bulbo olfattorio del cane* ».

Il Prof. Montesano ugualmente con microfotografie descrisse alcune « *Lesioni delle cellule nervose in un caso di afasia transcorticale* ».

Il Prof. Perugini con numerose proiezioni espose i risultati delle sue indagini relative ad uno studio sulle « *Vere ed apparenti degenerazioni di fibre mieliniche nel midollo spinale* »: dimostrando come sia possibile cadere in errore nell' apprezzamento di taluni apparenti lesioni di cellule e di fibre provocate semplicemente da manipolazioni di fissazione e di colorazione, e raccomandando quindi particolari cautele di tecnica istologica.

Il Dott. Bonfiglio espose alcuni suoi studi, quale: « *Contributo alla Reazione di Wassermann nelle malattie nervose e mentali* » ed un « *singolare reperto nel nucleo delle cellule nervose* ».

Seguì il Prof. Cerletti esponendo alcuni risultati ottenuti sopra animali nei quali sperimentalmente erano stati provocati disturbi funzionali e degenerativi della corteccia cerebrale. Queste prime indagini vennero illustrate da numerose microfotografie per le quali si dimostava la possibilità di ottenere sperimentalmente quadri anatomo-patologici simiglianti a quelli che si osservano in taluni stati demenziali. L' interessantissima comunicazione, per la quale nuove vie si aprivano a indagini comparative e sperimentali nel campo dell'anatomia patologica e del sistema nervoso, venne accolta con plauso dagli intervenuti della seduta.

I Dott. Rezza e Vedrani presentarono un comunicazione dal titolo « *Contributo allo studio del significato anatomo-patologico delle placche senili* » per la quale, accettando la conclusione

recentemente formulata da *Alzheimer* che « pur restando al Ficher il merito di avere per primo indicato energicamente l' importanza delle Druse per il quadro istologico della Demanza senile », affermano che « le Druse non sono la causa della demenza senile ma solameute un sintoma concomitante della involuzione senile del sistema nervoso ».

I Dott. Rezza e de Paoli presentano un loro lavoro « *Cistoplasmatici e plasmatociti a contenuto* y *(cellule di Perusini) nella paralisi progressiva* ».

Da questo studio vengono alle seguenti conclusioni:

(1) Nella meningoencefalite paralitica esistono due tipi di degenerazione plasmacellulare nettamente separabile per caratteri morfologici, tintoriali e forse biologici: i plasmatociti a contenuto y, o cellule del Perusini, ed i cistoplasmatociti.

(2) Le due forme di degenerazione si riscontrano anche nella milza dei paralitici e anche quì conservano tali caratteri da stabilirne con certezza la derivazione dalle plasmocellale e sola dalle plasmocellule.

(3) Possono riscontrarsi nella meningoencefalite paralitica forme speciali di degenerazione delle cellule nevrogliche con blocchi di sostanza elettuarmente colorabile col metodo di Bert per il glicogeno, le quali tuttavia e per i caratteri del nucleo e per quelle tintoriali dei blocchi sono nettamente distinguibili dalle cellule plasmatiche degenerate.

Il Dott. Gloria C. presenta « *Un caso di cisti del cervelletto studiato clinicamente ed anatomicamente* ».

Riferisce la storia di un individuo il quale presentava sintomi di un *tumore cerebellare* ed espone gli effetti prodotti dalla cisti sul cervelletto, sul bulbo, e sul ponte riassumendosi così.

(1) *Cervelletto* — La cisti occupa $^{2}/_{3}$ dell' emisfero cerebellare destro risparmiando il terzo posteriore. Dapprima limitata alla sostanza bianca di questo emisfero, poscia aumentando in esten-

sione viene a far ernia entro alla cavità del IV ventricolo. Per effetto della cisti si verifica uno spostamento ed una disorganizzazione dei nuclei dell' emisfero cerebellare di destra, in modo che riesce difficile rintracciarne qualche cellula sparsa quà e là nel tessuto.

Spostamento e compressione e degenerazione quindi delle fibre che si originano e terminano ai nuclei cerebellari di destra. Alcune di queste fibre sono stirate in modo da formare un mantello circondante il diverticolo che la cisti fa nel IV ventricolo. I peduncoli cerebellari inferiori sono compressi, disorganizzati e fortemente contorti tanto che riesce difficile poterli seguire.

(2) *Midollo allungato* -- È facile costatare esaminando i preparati una rarefazione delle fibre costituenti il fascio spino-cerebellare ventrale di sinistra, rarefazione assai più intensa nello stesso fascio di destra.

(3) *Ponte* — A livello del ponte si nota che la cisti, prendendo origine ed invadendo la sostanza del peduncolo cerebellare medio di destra, ne divarica, sposta e ne comprime le fibre.

Un lieve spostamento subirebbero pure le fibre più profonde dal fascio piramidale di destra.

Le alterazioni anatomiche riscontrate sono più che sufficenti per dare la spiegazione della sintomatologia presentata dal malato.

L' A. si riserva di studiare in altra pubblicazione più profondamente il caso presentato.

Il Dott. Martini presenta « *un caso atipico di paralisi progressiva riscontrato istologicamente* ». Viene descritto un caso, che mostrò due fasi di malattia intercalate da una remissione notevole. Nella prima fase il malato presentò afasia seguita da disartria, emiplegia del lato destro, attacchi convulsivi limitati alla parte paralitica ed uno stato psichico confusionale dileguatosi col migliorare dei fenomeni motori.

Nella seconda fase durata assai più a lungo della precedente,

e terminata colla morte del paziente, questi manifestò un grave stato di confusione mentale, con irrequietezza motoria, disturbi psico-sensoriali, falsa riconoscenza di persone, illusioni di memoria, obnubilamento di coscienza, attacchi convulsivi circoscritti alla metà sinistra, paresi passeggiere.

Le spiccate manifestazioni a focolaio e la mancanza di alcuni sintomi importanti per la paralisi progressiva fecero sospettare una meningo-encefalite sifilitica della convessità, mentre l'esame macroscopico e microscopico del cervello dimostrarono le note anatomo-patologico di una comune paralisi progressiva.

Non essendosi riscontrate regioni cerebrali maggiormente colpite, l'atipia di questo caso consiste nel disaccordo fra i sintomi a focolaio e la lesione cerebrale uniformemente diffusa.

*
* *

Nella *IV Seduta* del Congresso prese prima la parola il prof. *Esposito* che insieme al dott. *Riva*, il quale più particolarmente espose la fase storica della importante sindrome psicopatica, presentò dopo opportuni chiarimenti le seguenti conclusioni:

I. — La paranoia vera è una forma di alterazione psichica costituzionale degenerativa, che colpisce prevalentemente la sfera intellettiva ed è sostenuta da un sistema delirante incrollabile, non influenzato ordinariamente da disturbi allucinatori e che non turba la lucidezza mentale e lascia integra la volontà.

II. — Essa si sviluppa in modo lento e progressivo, ha un decorso cronico e non cade mai, o solo qualche rara volta, ed in questi casi assai tardi, in completa e vera demenza.

III. — Nel quadro della paranoia vera debbono quindi soltanto rientrare i paranoici nel senso di Kraepelin e Tanzi (que-

rulanti, perseguitati, erotici, ambiziosi), mentre le altre forme, sostenute esse pure da idee deliranti, ma aventi decorso dissimile e per la guaribilità, e per l' esito in demenza, e per l' insorgere assai tardivo e secondario del delirio, trovano il loro posto in altri gruppi nosografici.

IV. — Così faranno parte della *demenza precoce paranoide* tutti quei casi in cui le idee deliranti, scompagnate da svariate ed imponenti allucinazioni, sono incoerenti, instabili, non si organizzano in un sistema ben delineato e vengono in un tempo relativamente breve sopraffatte da una completa demenza; la *paranoia acuta* potrà conglobarsi con la demenza paranoide, o rappresentare un semplice episodio di una *psicosi tossica* o della *frenosi maniaco-depressiva; la paranoia tardiva sistematica*, caratterizzata da disturbi sensoriali intensi e frequenti, in individui già avanti in età, e da un rapido volgere in demenza, potrà rientrare nella *demenza senile;* la *paranoia periodica* rientrerà senz' altro nella *frenosi maniaco-depressiva.*

V. — Rimangono quei casi che, come possono ascriversi alla paranoia, perchè il delirio non è uniforme e sistematico, perchè le allucinazioni sono intense e numerose, perchè presentano sempre un certo *deficet* mentale, così non possono neppure rientrare nella demenza precoce paranoide perchè il loro esito non è la completa demenza, perchè il delirio ha una certa stabilità. Son quei casi che alcuni classificano come *paranoie fantastiche* e più giustamente il Tamburini raggruppa in una forma intermedia, la *psicosi paranoidea.*

VI. — Ristretto così il concetto clinico della paranoia, ed eliminate segnatamente le forme periodiche, le acute e le guaribili, è da rigettare l'opinione che la paranoia appartenga per intero alla psicosi maniaco-depressiva (Specht). — Le considerazioni di natura psicologica possono far sembrare verosimile questa ipotesi, i fatti clinici, sia sin-

e terminata colla morte del paziente, questi manifestò un grave stato di confusione mentale, con irrequietezza motoria, disturbi psico-sensoriali, falsa riconoscenza di persone, illusioni di memoria, obnubilamento di coscienza, attacchi convulsivi circoscritti alla metà sinistra, paresi passeggiere.

Le spiccate manifestazioni a focolaio e la mancanza di alcuni sintomi importanti per la paralisi progressiva fecero sospettare una meningo-encefalite sifilitica della convessità, mentre l'esame macroscopico e microscopico del cervello dimostrarono le note anatomo-patologico di una comune paralisi progressiva.

Non essendosi riscontrate regioni cerebrali maggiormente colpite, l' atipia di questo caso consiste nel disaccordo fra i sintomi a focolaio e la lesione cerebrale uniformemente diffusa.

*
* *

Nella *IV Seduta* del Congresso prese prima la parola il prof. *Esposito* che insieme al dott. *Riva*, il quale più particolarmente espose la fase storica della importante sindrome psicopatica, presentò dopo opportuni chiarimenti le seguenti conclusioni:

I. — La paranoia vera è una forma di alterazione psichica costituzionale degenerativa, che colpisce prevalentemente la sfera intellettiva ed è sostenuta da un sistema delirante incrollabile, non influenzato ordinariamente da disturbi allucinatori e che non turba la lucidezza mentale e lascia integra la volontà.

II. — Essa si sviluppa in modo lento e progressivo, ha un decorso cronico e non cade mai, o solo qualche rara volta, ed in questi casi assai tardi, in completa e vera demenza.

III. — Nel quadro della paranoia vera debbono quindi soltanto rientrare i paranoici nel senso di Kraepelin e Tanzi (que-

rulanti, perseguitati, erotici, ambiziosi), mentre le altre forme, sostenute esse pure da idee deliranti, ma aventi decorso dissimile e per la guaribilità, e per l' esito in demenza, e per l' insorgere assai tardivo e secondario del delirio, trovano il loro posto in altri gruppi nosografici.

IV. — Così faranno parte della *demenza precoce paranoide* tutti quei casi in cui le idee deliranti, scompagnate da svariate ed imponenti allucinazioni, sono incoerenti, instabili, non si organizzano in un sistema ben delineato e vengono in un tempo relativamente breve sopraffatte da una completa demenza; la *paranoia acuta* potrà conglobarsi con la demenza paranoide, o rappresentare un semplice episodio di una *psicosi tossica* o della *frenosi maniaco-depressiva; la paranoia tardiva sistematica,* caratterizzata da disturbi sensoriali intensi e frequenti, in individui già avanti in età, e da un rapido volgere in demenza, potrà rientrare nella *demenza senile;* la *paranoia periodica* rientrerà senz' altro nella *frenosi maniaco-depressiva.*

V. — Rimangono quei casi che, come possono ascriversi alla paranoia, perchè il delirio non è uniforme e sistematico, perchè le allucinazioni sono intense e numerose, perchè presentano sempre un certo *deficet* mentale, così non possono neppure rientrare nella demenza precoce paranoide perchè il loro esito non è la completa demenza, perchè il delirio ha una certa stabilità. Son quei casi che alcuni classificano come *paranoie fantastiche* e più giustamente il Tamburini raggruppa in una forma intermedia, la *psicosi paranoidea.*

VI. — Ristretto così il concetto clinico della paranoia, ed eliminate segnatamente le forme periodiche, le acute e le guaribili, è da rigettare l' opinione che la paranoia appartenga per intero alla psicosi maniaco-depressiva (Specht). — Le considerazioni di natura psicologica possono far sembrare verosimile questa ipotesi, i fatti clinici, sia sin-

tomatologici che di decorso e di esito depongono in senso assolutamente contrario.

VII. — La psicosi dei prigionieri, quando riveste la forma querula, ha diverso significato dalla paranoia pura, e o colpisce personalità con grado mite di degenerazione, o appartiene all' isteria o alla psicosi maniaco depressiva.

Seguirono il prof. *Cappelletti* ed il dott. *Franchini* che particolarmente trattarono taluni punti di affinità tra la paranoia e la pazzia morale, nonche della importanza dello stato emotivo intenso nel provocare stati deliranti con tendenza a fissarsi.

Le conclusioni presentate al Congresso furono le seguenti :

I. - La paranoia è una anomalia originaria essenzialmente rappresentata da quella speciale condizione della psiche definita « costituzione paranoica ».

II. — Forti rappresentazioni emotive determinano in taluni casi, ma rari, l' insorgenza di veri e propri deliri sistematizzati.

III. — Sopra questa costituzione anomala si possono sviluppare psicosi le quali, per la preesistenza di questa costituzione, assumono un colorito speciale.

IV. — Una certa affinità può talora riscontrarsi tra le manifestazioni deliranti della pazzia morale e della paranoia. Nella pazzia morale il delirio è fenomeno sovraggiunto di cui con facilità è dimostrabile l' origine primitivamente affettiva come reazione dell' egocentrismo alla opposizione e alla coercizione dell' ambiente ; nella paranoia il delirio si riferisce direttamente al difetto costituzionale dei poteri critici e ne rappresenta la continuazione esagerata, per motivo occasionale, sino al paradosso.

V. — La paranoia è inguaribile ; non è escluso però che episodi deliranti determinati da forti rappresentazioni emotive abbiano decorso transitorio.

Nella discussione prese la parola il prof. Tamburini, il quale convenendo con i relatori nell' eccessiva amplificazione data alla *demenza precoce paranoide*, si mostra soddisfatto che da essi siano

state accolte le sue idee, già fino dal Congresso di Venezia esposte, sulla necessità di riunire molti casi che nè possano ascriversi alla *Paranoia vera,* nè venir conglobati nella *demenza precoce paranoide*, in un gruppo a sè sotto il titolo di *psicosi paranoidea.*

Seguirono nella discussione il prof. Maiano, il prof. Montesano, il dott. Lucangeli, il dott. Alberti, il dott. Consiglio, il prof. Cristiani, il prof. Treves, domandando ai relatori opportuni schiarimenti, ai quali risposero esaurientemente i dottori Esposito e Cappelletti.

Il prof. Agostini nel ringraziare sentitamente gli egregi relatori che hanno trattato con tanta finezza d'analisi, e con vedute così eclettiche la questione largamente versata della nosografia della paranoia, insiste sulle sue idee svolte nel suo libro di Psichiatria. Egli ritiene che debbasi riconoscere una forma tipica di paranoia in cui le idee deliranti si costituiscono a poco a poco permangono uniformi, cronicamente, senza esito di vera demenza: che a questa debbono raggrupparsi pure le così dette *paranoie fantastiche* per quanto in esse sia più evidente un certo grado di decadimento mentale, il cui esito non è però mai la completa demenza.

Ritiene che tutto quel gruppo di casi con delirio polimorfo slegato, mobile, barocco, ecc., accompagnati e seguiti da decadimento notevole mentale, possono rientrare nei confini della sindrome catatonica, senza che occorra creare il nome equivoco di demenza precoce paranoide.

Altri casi possono entrare nelle forme amenziali, e gli altri nei deliri polimorfi paranoidi dei degenerati a sistematizzazione più o meno valida, che egli ha raggruppato nella sua classificazione sotto il nome di *paranoia precoce.*

Quindi il prof. Maiano trattò il tema: « *Necessità di ritornare allo studio filogenetico per l'esatta interpretazione dei fenomeni essenziali nella paranoia in specie, nelle psicopatie in genere* », presentando le seguenti conclusioni:

Le paranoie, dalle forme iniziali alle estreme, sono manifestazioni sempre più gravi del *philum* degenerativo, che ha suo

tomatologici che di decorso e di esito depongono in senso assolutamente contrario.

VII. — La psicosi dei prigionieri, quando riveste la forma querula, ha diverso significato dalla paranoia pura, e o colpisce personalità con grado mite di degenerazione, o appartiene all'isteria o alla psicosi maniaco depressiva.

Seguirono il prof. *Cappelletti* ed il dott. *Franchini* che particolarmente trattarono taluni punti di affinità tra la paranoia e la pazzia morale, nonchè della importanza dello stato emotivo intenso nel provocare stati deliranti con tendenza a fissarsi.

Le conclusioni presentate al Congresso furono le seguenti:

I. — La paranoia è una anomalia originaria essenzialmente rappresentata da quella speciale condizione della psiche definita « costituzione paranoica ».

II. — Forti rappresentazioni emotive determinano in taluni casi, ma rari, l'insorgenza di veri e propri deliri sistematizzati.

III. — Sopra questa costituzione anomala si possono sviluppare psicosi le quali, per la preesistenza di questa costituzione, assumono un colorito speciale.

IV. — Una certa affinità può talora riscontrarsi tra le manifestazioni deliranti della pazzia morale e della paranoia. Nella pazzia morale il delirio è fenomeno sovraggiunto di cui con facilità è dimostrabile l'origine primitivamente affettiva come reazione dell'egocentrismo alla opposizione e alla coercizione dell'ambiente; nella paranoia il delirio si riferisce direttamente al difetto costituzionale dei poteri critici e ne rappresenta la continuazione esagerata, per motivo occasionale, sino al paradosso.

V. — La paranoia è inguaribile; non è escluso però che episodi deliranti determinati da forti rappresentazioni emotive abbiano decorso transitorio.

* *

Nella discussione prese la parola il prof. Tamburini, il quale convenendo con i relatori nell'eccessiva amplificazione data alla *demenza precoce paranoide*, si mostra soddisfatto che da essi siano

state accolte le sue idee, già fino dal Congresso di Venezia esposte, sulla necessità di riunire molti casi che nè possano ascriversi alla *Paranoia vera,* nè venir conglobati nella *demenza precoce paranoide,* in un gruppo a sè sotto il titolo di *psicosi paranoidea.*

Seguirono nella discussione il prof. Maiano, il prof. Montesano, il dott. Lucangeli, il dott. Alberti, il dott. Consiglio, il prof. Cristiani, il prof. Treves, domandando ai relatori opportuni schiarimenti, ai quali risposero esaurientemente i dottori Esposito e Cappelletti.

Il prof. Agostini nel ringraziare sentitamente gli egregi relatori che hanno trattato con tanta finezza d'analisi, e con vedute così eclettiche la questione largamente versata della nosografia della paranoia, insiste sulle sue idee svolte nel suo libro di Psichiatria. Egli ritiene che debbasi riconoscere una forma tipica di paranoia in cui le idee deliranti si costituiscono a poco a poco permangono uniformi, cronicamente, senza esito di vera demenza: che a questa debbono raggrupparsi pure le così dette *paranoie fantastiche* per quanto in esse sia più evidente un certo grado di decadimento mentale, il cui esito non è però mai la completa demenza.

Ritiene che tutto quel gruppo di casi con delirio polimorfo slegato, mobile, barocco, ecc., accompagnati e seguiti da decadimento notevole mentale, possono rientrare nei confini della sindrome catatonica, senza che occorra creare il nome equivoco di demenza precoce paranoide.

Altri casi possono entrare nelle forme amenziali, e gli altri nei deliri polimorfi paranoidi dei degenerati a sistematizzazione più o meno valida, che egli ha raggruppato nella sua classificazione sotto il nome di *paranoia precoce.*

Quindi il prof. Maiano trattò il tema: « *Necessità di ritornare allo studio filogenetico per l'esatta interpretazione dei fenomeni essenziali nella paranoia in specie, nelle psicopatie in genere* », presentando le seguenti conclusioni:

Le paranoie, dalle forme iniziali alle estreme, sono manifestazioni sempre più gravi del *philum* degenerativo, che ha suo

recentemente formulata da *Alzheimer* che « pur restando al Ficher il merito di avere per primo indicato energicamente l' importanza delle Druse per il quadro istologico della Demanza senile », affermano che « le Druse non sono la causa della demenza senile ma solameute un sintoma concomitante della involuzione senile del sistema nervoso ».

I Dott. Rezza e de Paoli presentano un loro lavoro « *Cistoplasmatici e plasmatociti a contenuto* y *(cellule di Perusini) nella paralisi progressiva* ».

Da questo studio vengono alle seguenti conclusioni:

(1) Nella meningoencefalite paralitica esistono due tipi di degenerazione plasmacellulare nettamente separabile per caratteri morfologici, tintoriali e forse biologici: i plasmatociti a contenuto y, o cellule del Perusini, ed i cistoplasmatociti.

(2) Le due forme di degenerazione si riscontrano anche nella milza dei paralitici e anche quì conservano tali caratteri da stabilirne con certezza la derivazione dalle plasmocellale e sola dalle plasmocellule.

(3) Possono riscontrarsi nella meningoencefalite paralitica forme speciali di degenerazione delle cellule nevrogliche con blocchi di sostanza elettuarmente colorabile col metodo di Bert per il glicogeno, le quali tuttavia e per i caratteri del nucleo e per quelle tintoriali dei blocchi sono nettamente distinguibili dalle cellule plasmatiche degenerate.

Il Dott. Gloria C. presenta « *Un caso di cisti del cervelletto studiato clinicamente ed anatomicamente* ».

Riferisce la storia di un individuo il quale presentava sintomi di un *tumore cerebellare* ed espone gli effetti prodotti dalla cisti sul cervelletto, sul bulbo, e sul ponte riassumendosi così.

(1) *Cervelletto* — La cisti occupa $^2/_3$ dell' emisfero cerebellare destro risparmiando il terzo posteriore. Dapprima limitata alla sostanza bianca di questo emisfero, poscia aumentando in esten-

sione viene a far ernia entro alla cavità del IV ventricolo. Per effetto della cisti si verifica uno spostamento ed una disorganizzazione dei nuclei dell' emisfero cerebellare di destra, in modo che riesce difficile rintracciarne qualche cellula sparsa quà e là nel tessuto.

Spostamento e compressione e degenerazione quindi delle fibre che si originano e terminano ai nuclei cerebellari di destra. Alcune di queste fibre sono stirate in modo da formare un mantello circondante il diverticolo che la cisti fa nel IV ventricolo. I peduncoli cerebellari inferiori sono compressi, disorganizzati e fortemente contorti tanto che riesce difficile poterli seguire.

(2) *Midollo allungato* — È facile costatare esaminando i preparati una rarefazione delle fibre costituenti il fascio spino-cerebellare ventrale di sinistra, rarefazione assai più intensa nello stesso fascio di destra.

(3) *Ponte* — A livello del ponte si nota che la cisti, prendendo origine ed invadendo la sostanza del peduncolo cerebellare medio di destra, ne divarica, sposta e ne comprime le fibre.

Un lieve spostamento subirebbero pure le fibre più profonde dal fascio piramidale di destra.

Le alterazioni anatomiche riscontrate sono più che sufficenti per dare la spiegazione della sintomatologia presentata dal malato.

L' A. si riserva di studiare in altra pubblicazione più profondamente il caso presentato.

Il Dott. Martini presenta « *un caso atipico di paralisi progressiva riscontrato istologicamente* ». Viene descritto un caso, che mostrò due fasi di malattia intercalate da una remissione notevole. Nella prima fase il malato presentò afasia seguita da disartria, emiplegia del lato destro, attacchi convulsivi limitati alla parte paralitica ed uno stato psichico confusionale dileguatosi col migliorare dei fenomeni motori.

Nella seconda fase durata assai più a lungo della precedente,

e terminata colla morte del paziente, questi manifestò un grave stato di confusione mentale, con irrequietezza motoria, disturbi psico-sensoriali, falsa riconoscenza di persone, illusioni di memoria, obnubilamento di coscienza, attacchi convulsivi circoscritti alla metà sinistra, paresi passeggiere.

Le spiccate manifestazioni a focolaio e la mancanza di alcuni sintomi importanti per la paralisi progressiva fecero sospettare una meningo-encefalite sifilitica della convessità, mentre l'esame macroscopico e microscopico del cervello dimostrarono le note anatomo-patologico di una comune paralisi progressiva.

Non essendosi riscontrate regioni cerebrali maggiormente colpite, l'atipia di questo caso consiste nel disaccordo fra i sintomi a focolaio e la lesione cerebrale uniformemente diffusa.

*
* *

Nella *IV Seduta* del Congresso prese prima la parola il prof. *Esposito* che insieme al dott. *Riva*, il quale più particolarmente espose la fase storica della importante sindrome psicopatica, presentò dopo opportuni chiarimenti le seguenti conclusioni:

I. — La paranoia vera è una forma di alterazione psichica costituzionale degenerativa, che colpisce prevalentemente la sfera intellettiva ed è sostenuta da un sistema delirante incrollabile, non influenzato ordinariamente da disturbi allucinatori e che non turba la lucidezza mentale e lascia integra la volontà.

II. — Essa si sviluppa in modo lento e progressivo, ha un decorso cronico e non cade mai, o solo qualche rara volta, ed in questi casi assai tardi, in completa e vera demenza.

III. — Nel quadro della paranoia vera debbono quindi soltanto rientrare i paranoici nel senso di Kraepelin e Tanzi (que-

rulanti, perseguitati, erotici, ambiziosi), mentre le altre forme, sostenute esse pure da idee deliranti, ma aventi decorso dissimile e per la guaribilità, e per l' esito in demenza, e per l' insorgere assai tardivo e secondario del delirio, trovano il loro posto in altri gruppi nosografici.

IV. — Così faranno parte della *demenza precoce paranoide* tutti quei casi in cui le idee deliranti, scompagnate da svariate ed imponenti allucinazioni, sono incoerenti, instabili, non si organizzano in un sistema ben delineato e vengono in un tempo relativamente breve sopraffatte da una completa demenza; la *paranoia acuta* potrà conglobarsi con la demenza paranoide, o rappresentare un semplice episodio di una *psicosi tossica* o della *frenosi maniaco-depressiva; la paranoia tardiva sistematica,* caratterizzata da disturbi sensoriali intensi e frequenti, in individui già avanti in età, e da un rapido volgere in demenza, potrà rientrare nella *demenza senile;* la *paranoia periodica* rientrerà senz' altro nella *frenosi maniaco-depressiva.*

V. — Rimangono quei casi che, come possono ascriversi alla paranoia, perchè il delirio non è uniforme e sistematico, perchè le allucinazioni sono intense e numerose, perchè presentano sempre un certo *deficet* mentale, così non possono neppure rientrare nella demenza precoce paranoide perchè il loro esito non è la completa demenza, perchè il delirio ha una certa stabilità. Son quei casi che alcuni classificano come *paranoie fantastiche* e più giustamente il Tamburini raggruppa in una forma intermedia, la *psicosi paranoidea.*

VI. — Ristretto così il concetto clinico della paranoia, ed eliminate segnatamente le forme periodiche, le acute e le guaribili, è da rigettare l'opinione che la paranoia appartenga per intero alla psicosi maniaco-depressiva (Specht). — Le considerazioni di natura psicologica possono far sembrare verosimile questa ipotesi, i fatti clinici, sia sin-

tomatologici che di decorso e di esito depongono in senso assolutamente contrario.

VII. — La psicosi dei prigionieri, quando riveste la forma querula, ha diverso significato dalla paranoia pura, e o colpisce personalità con grado mite di degenerazione, o appartiene all' isteria o alla psicosi maniaco depressiva.

Seguirono il prof. *Cappelletti* ed il dott. *Franchini* che particolarmente trattarono taluni punti di affinità tra la paranoia e la pazzia morale, nonche della importanza dello stato emotivo intenso nel provocare stati deliranti con tendenza a fissarsi.

Le conclusioni presentate al Congresso furono le seguenti:

I. — La paranoia è una anomalia originaria essenzialmente rappresentata da quella speciale condizione della psiche definita « costituzione paranoica ».

II. — Forti rappresentazioni emotive determinano in taluni casi, ma rari, l' insorgenza di veri e propri deliri sistematizzati.

III. — Sopra questa costituzione anomala si possono sviluppare psicosi le quali, per la preesistenza di questa costituzione, assumono un colorito speciale.

IV. — Una certa affinità può talora riscontrarsi tra le manifestazioni deliranti della pazzia morale e della paranoia. Nella pazzia morale il delirio è fenomeno sovraggiunto di cui con facilità è dimostrabile l' origine primitivamente affettiva come reazione dell' egocentrismo alla opposizione e alla coercizione dell' ambiente; nella paranoia il delirio si riferisce direttamente al difetto costituzionale dei poteri critici e ne rappresenta la continuazione esagerata, per motivo occasionale, sino al paradosso.

V. — La paranoia è inguaribile; non è escluso però che episodi deliranti determinati da forti rappresentazioni emotive abbiano decorso transitorio.

Nella discussione prese la parola il prof. Tamburini, il quale convenendo con i relatori nell' eccessiva amplificazione data alla *demenza precoce paranoide*, si mostra soddisfatto che da essi siano

state accolte le sue idee, già fino dal Congresso di Venezia esposte, sulla necessità di riunire molti casi che nè possano ascriversi alla *Paranoia vera*, nè venir conglobati nella *demenza precoce paranoide*, in un gruppo a sè sotto il titolo di *psicosi paranoidea.*

Seguirono nella discussione il prof. Maiano, il prof. Montesano, il dott. Lucangeli, il dott. Alberti, il dott. Consiglio, il prof. Cristiani, il prof. Treves, domandando ai relatori opportuni schiarimenti, ai quali risposero esaurientemente i dottori Esposito e Cappelletti.

Il prof. Agostini nel ringraziare sentitamente gli egregi relatori che hanno trattato con tanta finezza d'analisi, e con vedute così eclettiche la questione largamente versata della nosografia della paranoia, insiste sulle sue idee svolte nel suo libro di Psichiatria. Egli ritiene che debbasi riconoscere una forma tipica di paranoia in cui le idee deliranti si costituiscono a poco a poco permangono uniformi, cronicamente, senza esito di vera demenza: che a questa debbono raggrupparsi pure le così dette *paranoie fantastiche* per quanto in esse sia più evidente un certo grado di decadimento mentale, il cui esito non è però mai la completa demenza.

Ritiene che tutto quel gruppo di casi con delirio polimorfo slegato, mobile, barocco, ecc., accompagnati e seguiti da decadimento notevole mentale, possono rientrare nei confini della sindrome catatonica, senza che occorra creare il nome equivoco di demenza precoce paranoide.

Altri casi possono entrare nelle forme amenziali, e gli altri nei deliri polimorfi paranoidi dei degenerati a sistematizzazione più o meno valida, che egli ha raggruppato nella sua classificazione sotto il nome di *paranoia precoce.*

Quindi il prof. Maiano trattò il tema: « *Necessità di ritornare allo studio filogenetico per l'esatta interpretazione dei fenomeni essenziali nella paranoia in specie, nelle psicopatie in genere* », presentando le seguenti conclusioni:

Le paranoie, dalle forme iniziali alle estreme, sono manifestazioni sempre più gravi del *philum* degenerativo, che ha suo

inizio nella apparizione delle nevrosi, e che già rivela nello stesso individuo la sua essenza con insorgere di disturbi mentali in seguito a cause esterne traumatiche o tossiche.

I caratteri essenziali di esse nevrosi si trovano riprodotti nelle varietà della paranoia; ed in genere l'impronta epilettica si manifesta di preferenza negli stati passionali, nel carattere paranoicale che così poco differisce dal carattere epilettico, negli stati paranoici, nella paranoia cronica *in sensu strictiori;* l'impronta isterica è riconoscibile nelle sindromi psicoasteniche, nelle paranoie rudimentarie, ed infine nelle demenze paranoidi che appaiono l'esito terminale ereditario del progressivo aggravarsi della costituzione isterica.

Accanto a queste forme v'ha altre, come la paranoia originaria nel senso Morselliano, che sembrano rappresentare l'aggravamento dei così detti caratteri eccentrici.

Il concetto enunciato vale a renderci ragione, quanto alle forme del primo gruppo (con derivazione epilettica), della organicità, dell'unità della psicosi che persiste anche attraverso a manifestazioni occasionali verificantisi nel decorso psicopatico.

Lo stesso concetto vale a spiegare, quanto alle forme del secondo gruppo, la fiacca ed instabile originaria integrazione degli elementi della personalità.

A questa concezione aderisce altresì l'esperienza clinica sulla intelligenza dei paranoici, che rivela così grande differenza di manifestazioni intellettive: essa infine contribuisce a chiarire il perchè della frequente apparizione delle manifestazioni paranoicali, secondo le due linee fissate, nel campo della criminalità, i cui rapporti filogenetici con le nevrosi non da oggi sono in discussione.

Tale interpretazione dei fenomeni è contenuta in sintesi nella classificazione di Morel, che mostra il cammino della degenerazione psichica. Un paziente lavoro di riferimento allo studio filogenetico varrà ad interpretare saldamente la essenza dei fenomeni, meglio di quel che sia dato molte volte ottenere per altre vie.

Si scorgerà così tutta l'importanza delle leggi di regressione

che attraverso la filogenesi degenerativa riproduce in senso inverso le stesse tappe della evoluzione intesa nel senso più lato. Kráépelin stesso nota la coincidenza di questa legge coi caratteri della psicologia degli adolescenti.

Solo con la concezione di Morel si può dare una risposta al quesito che Kráépelin ha lasciato insoluto: « perchè nella ripartizione delle varietà della demenza precoce secondo l'età predomina nei giovanissimi la demenza semplice, predominano più tardi le forme acute e subacute con manifestazioni catatoniche, più tardi ancora le forme con idee deliranti più pronunciate ». Morel infatti azeva già stabilito che la degenerazione progressivamente aggravantesi appare con manifestazioni cliniche più gravi per sè: queste hanno data sempre più precoce di apparizione.

I dott. *Alberti* e *Ruata* presentano il loro tema « sulla nosografia clinica della paranoia e della demenza precoce paranoide », nel quale si schierano, secondo la concezione Kráépeliniana, tra quelli che considerano la demenza precoce entro limiti più vasti, ed insistono per il concetto unitario delle forme paranoidi per diverse considerazioni. Innanzi tutto per ragioni tassinomiche: e poichè le classificazioni delle malattie mentali debbono poggiare o sul criterio eziologico o su quello sintomatologico-clinico, così per una sintesi di fatti clinici appare strano che si voglia negare la unità alla individualità clinica della demenza precoce, separandone le sindromi paranoidi.

Il tentare un riavvicinamento della demenza precoce paranoide alla paranoia urta con tutto quanto è noto sulla psicopatologia della paranoia. Un carattere essenziale è la costituzione paranoica, su cui possono sorgere deliri passeggieri o sistematizzati. Questi deliri sono bene differenti da quelli del demente precoce paranoide, nel quale il delirio è una produzione puramente superficiale, non ha risonanza alcuna sul tono sentimentale e non vi partecipa in alcun modo la personalità. Anche il contegno è affatto caratteristico.

La demenza precoce paranoide si inizia in tre modi: o dopo prodromi simulanti altre malattie, o dopo un accesso catatonico,

o in forma mista; il decorso è più lento delle altre forme precoci; l'esito è sempre la demenza. Il sintoma, fra gli altri, più importante è la scissione degli elementi della propria personalità, è la perdita d'ogni rapporto d'intermentalità, che non è comune a nessun altro ammalato.

L'abolizione di ogni desiderio, il grave disordine della volontà, la perdita dell'attività intellettiva, l'indebolimento del tono affettivo sono sintesi di ogni spiegazione psicologica.

L'obnubilamento progressivo della memoria dipende sopratutto dai disordini intellettivi elementari e non dalla distruzione delle immagini ricordi : nella demenza precoce sono distrutti i legami che riuniscono i serbatoi di tali ricordi. Ed ecco le belle dimostrazioni di Masselon, comprovanti in tali ammalati il disturbo di rievocazione dei ricordi, con la progressiva scomparsa dei ricordi complessi e la conservazione di quelli semplici.

È appunto su tale imprecisione delle immagini che si spiega la speciale forma del delirio e la impossibilità di un delirio ben sistematizzato: onde la confusione e la imprecisione delle idee deliranti sono in rapporto con la confusione e la imprecisione delle immagini mentali.

La unità del trinomio Kráépeliniano ha inoltre ricevuto il conforto dimostrativo dall'anatomia patologica: è ormai provato la natura tossica della malattia, ad azione lenta e prolungata su di un terreno nettamente degenerativo, provocante una disgregazione granulo - pigmentaria dell'elemento cellulare.

Per effetto di tale disgregazione ne deriva una insanabile scissione dei rapporti associativi fra le rappresentazioni mentali, il sentimento e la volontà, sintomatologia questa di sì alto valore clinico, che riesce ad individualizzare nettamente tali ammalati da tutti gli altri.

Per queste ragioni gli AA. ritengono che il tripode costituente la demenza precoce debba rimanere inconcusso, perchè tutte le dimostrazioni cliniche e psicopatologiche ne riaffermano e ribadiscono il concetto unitario.

Infine il dott. Maggiotto presenta un suo studio dal titolo :

« *Costituzione paranoica e periodi di eccitamento (giudizio psichiatrico in causa d'ingiurie e minaccie a pubblico ufficiale)* ».

È un caso che ha formato oggetto di perizia psichiatrica. Si tratta di un individuo dotato di costituzione paranoica e che va soggetto (a distanza varia di tempo) a periodi di eccitamento psico-motorio. Durante i momenti di benessere o di subdepressione egli tiene geloso il delirio di interpretazione e di querela; quanto intervengono gli accessi di eccitamento, allora diviene iperattivo ed espone anche con lieve stimolo il suo delirio.

È un caso tipico di paranoia e di eccitamento periodico, l'una forma viene integrata dall'altra, una dà il substratum, l'altra determina l'esplodere del periodo strettamente morboso nei riguardi della società. Egli, eccitato, diventa paranoico pericoloso tranquillo o subdepresso è paranoico assolutamente innocuo.

Durante un periodo di eccitamento, durato più di un anno, egli ha messo in azione persistente un delirio di querela basato sopra un delirio d'interpretaziane. Insoddisfatto, ha minacciato oralmente e per iscritto l'autorità giudiziaria: perciò fu arrestato e sottoposto a giudizio peritale. Dichiarato irresponsabile a termini dell'art. 46 C. P., fu dalla Camera di Consiglio del Tribunale penale di Como assolto.

Nella seduta del 6 Maggio ha la parola il Prof. Tamburini per svolgere il Tema « *Sulle condizioni morali ed economiche dei Medici dei Manicomi pubblici* ».

Il sunto della importante relazione svolta esaurientemente dal chiarissimo relatore è il seguente:

Pienamente disposto a lasciare d'ora innanzi, se verranno accettate le proposte presentate di modificazione dello Statuto della Società Freniatrica, all'Associazione professionale dei Medici dei Manicomi, la trattazione degli interessi professionali, la Presidenza della Società Freniatrica ha creduto suo obbligo di mantenere in questo Congresso il tema fissato da quello di Venezia sulle *condizioni economiche e morali dei Medici e degli Infermieri dei Manicomi pubblici e privati,* tanto più che in questo tema, che al Congresso di Venezia fu quello che raccolse il maggior numero di voti, è compreso anche ciò che concerne gli Infermieri dei Manicomi pubblici, e i Medici e gli Infermieri dei Manicomi privati, di cui l'Associazione suddetta non si è punto finora occupata. E d'altra parte poichè nella sua ultima riunione quella Associazione ha formulato un *Memoriale* in cui sono esposti dei voti che concernono tutto il servizio e l'andamento interno dei Manicomi, voti che sono per buona parte la ripetizione e l'esplicazione di molti di quelli già approvati al Congresso di Venezia, così si è creduto opportuno, per la parte che riguarda il Servizio Sanitario dei Manicomi pubblici, di prendere in esame quel Memoriale e sottoporne alla discussione e al voto del Congresso quelle parti che non furono trattate in quello di Venezia. E per ciò che concerne gli Infermieri di pren-

dere in esame e sottoporre all' approvazione i *desiderati* da essi formulati nel *Progetto di Regolamento tipo della Federazione Nazionale degli Infermieri* presentato al Ministro dell' Interno e alla Camera dei Deputati. Per ciò che riguarda i Manicomi privati di trarre i dati da una inchiesta appositamente fatta dalla Presidenza della Società su tali Istituti, affidando l' incarico di ricavarne gli opportuni corollari al Correlatore Dr. Mongeri, il quale, essendo stato parecchi anni Direttore di Istituti privati, è pienamente in grado di conoscerne e valutarne le condizioni e i bisogni.

Così la Società Freniatrica, prima di abbandonare totalmente, ove ciò sia deliberato, alle organizzazioni di classe la trattazione degli interessi professionali di quegli che si dedicano alla cura e alla custodia degli alienati, avrà fatto ancora una volta sentire la sua voce a prò di questi interessi che investono e integrano tutta la vita interna degli Istituti Manicomiali.

I.

Servizio Sanitario dei Manicomi pubblici.

I. — *Gerarchie e mansioni dei Medici di Manicomio*;

1.° — Si propone di approvare il concetto di una giusta *autonomia dei Medici di sezione* in relazione:

a) alla cura dei malati e alla responsabilità del servizio tecnico e disciplinare dei rispettivi reparti;

b) alla parte che essi debbono avere nelle ammissioni e dimissioni dei malati e ai rapporti colle rispettive famiglie.

Il che risponde al disposto dell' Art. 32 del nuovo Regolamento di Stato sui Manicomi riguardo alle funzioni dei Medici, e si concilia pienamente col disposto dell' Art. 28 riguardo all' autorità e alle mansioni del Direttore.

2.° — La gerarchia e le mansioni secondo le proposte del Memoriale, riguardo ai Medici primari ed ordinari, al Vice Direttore, al Medico settore e ai medici praticanti;

II. — *Proporzione dei Medici coi malati,* già approvato dal Congresso di Venezia (1 a 100 escluso il Direttore, il Settore e i praticanti);

III. — *Stipendi, aumenti e compensi speciali ai Medici:*

Si propone di approvare le proposte formulate nel sudd. Memoriale;

IV. — *Orario* — Id.

V. — *Riposo settimanale e permessi annui* — Id.

VI. — *Malattie disponibilità* — Id.

Infortuni: già approvate proposte eguali al Congresso di Venezia.

VII. — Misure disciplinari — si propone di approvare le proposte del Memoriale.

VIII. — *Diritto a pensione, reversibilità delle pensioni.* Proposte già approvate al Congresso di Venezia.

IX. — *Nomine dei Medici — Concorsi.* Proposte già approvate al Congresso di Venezia.

X. — *Consiglio Sanitario.* Si approva la sua istituzione in ogni Manicomio, secondo le proposte del Memoriale.

XI. — *Rapporti fra Manicomi e Cliniche psichiatriche.* Si confermano le proposte già approvate dal Congresso di Venezia.

XII. — *Farmacista, nomina ecc.* Si propone l'approvazione delle proposte del Memoriale.

XIII. — *Preparazione dei bilanci — Economo, impiegati dell'Economato ecc.* Si approvano le proposte del Memoriale.

II.

Infermieri dei Manicomi pubblici.

Si propone l'approvazione complessiva dei postulati formulati dalla Federazione degli Infermieri nel Progetto di Regolamento tipo il quale fu compilato da una Commissione di Consulenti della Federazione composta dei Prof. Montesano, Rossi Doria e Amante per la parte tecnica, e degli On. Barzilai e Mazzolani per la parte legale e che ebbe l'approvazione di molti Direttori e Medici di Manicomi.

Questo Progetto di Regolamento tende:

a) a rendere uniformi le norme vigenti pel servizio degli Infermieri in tutti i Manicomi;

b) ad elevare, col mezzo di un razionale e completo insegnamento professionale obbligatorio, il livello intellettuale e morale degli Infermieri;

c) a migliorare proporzionalmente le condizioni economiche degli Infermieri e assicurare, con diritto a pensione, l'avvenire di essi e delle loro famiglie.

Le proposte del Regolamento sudd. che si propone di appoggiare concernono i seguenti punti:

1. — *La scuola degli infermieri* — Ammissione — Durata. (2 anni) — Esami — Certificati: titoli per le promozioni.
2. — *L'età* per l'ammissione in servizio (dopo il periodo d'insegnamento professionale) dai 19 ai 25 anni per ambo i sessi.
3. — *Biennio d'esperimento* senza differenza di stipendio (salvo gli aumenti successivi).
4. — *Numero dei malati in consegna:* Proporzione di 1 a 20 per malati tranquilli; 1 a 8 per gli agitati.
5. — *Orario di servizio* — Ore 9 e mezzo di servizio ogni giorno.
6. — *Stipendi* Infermieri da L. 75 a 130 e Infermiere da L. 50 a 100 secondo l'importanza e il costo della vita nelle

singole città (senza vitto, salvo nelle ore di servizio in più. Attualmente le richieste sono aumentate).

7. — Aumenti quadriennali di $^{1}/_{10}$ per 4 quadrienni.
8. — Pensione — Dopo 20 anni $^{4}/_{5}$ dello stipendio, dopo 25 stipendio intero. Pensione estesa alle vedove e ai figli.

    Si propone di aggiungere:

    a) *La reciprocanza delle pensioni fra i vari Manicomi* anche per gli infermieri.

    b) *L'Assicurazione contro gli infortuni.*

9. — *Malattie* — Pagamento dello stipendio intero per i primi 6 mesi di malattia: metà per i 6 mesi successivi: indennità di sevizio in caso di riforma.
10. — *Permessi* — 20 giorni all'anno.
11. — *Norme disciplinari* — Rappresentanza del personale degli Infermieri nella Commissione disciplinare.

N. B. — Le maggior parte di queste proposte per gli Infermieri di Manicomi sono comuni agli Infermieri degli Ospedali.
La Federazione degli Infermieri sta ora rivedendo le proposte di questo Regolamento formulate nel 1907 per chiedere ulteriori miglioramenti (i suaccennati in parecchi Istituti sono raggiunti) riguardo agli stipendi.

Ordine del giorno:

Il XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana, riunito in Perugia raccomanda al Governo e alle Amministrazioni dei Manicomi di prendere in considerazione e provvedere all'attuazione delle proposte formulate.

a) *dei medici di Manicomi pubblici nel Memoriale da essi presentato riguardo alla organizzazione del servizio sanitario e alle condizioni economiche del personale medico.*

b) *degli Infermieri dei Manicomi nel progetto di Regolamento - Tipo pel personale d'assistenza riguardo alla elevazione della loro coltura ed educazione professionale alla organizzazione uniforme del loro servizio ed al miglioramento delle loro condizioni economiche.*

L'ordine del giorno proposto dal Prof. Tamburini viene accettato per acclamazione da tutti i Congressisti che hanno con caldo plauso manifestata la loro completa approvazione ai postulati della Relazione medesima.

Vengono pure approvate le proposte fatte dal Dott. Mongeri intorno ai *provvedimenti per i medici e per gl'infermieri dei Manicomi privati* che sono così riassunte:

Stipendi. — Gli stipendi del personale sanitario e d'assistenza devono essere fissati entro un limite minimo delle Autorità tutorie, giacchè è evidente che gli stipendi di *fame*, che ora si pagano in certi stabilimenti sanitari vanno a danno degli ammalati.

Le esigenze odierne della vita e il suo rincaro sono tali, che è materialmente impossibile ad un medico vivere col solo ammontare del suo misero stipendio, egli è, quindi, spinto a trascurare lo stabilimento e gli ammalati che gli sono affidati per cercare con altri mezzi ad aumentare i suoi introiti.

In ugual modo si deve procedere per il personale d'assistenza. Questo, infatti, nei frenocomi privati si trova in contatto con persone di educazione ed istruzione superiori; dovrebbe perciò essere composto di elementi sceltissimi, mentre oggi, manco a dirlo, è dato in genere, dallo scarto dei manicomi pubblici.

Stabilità. — Abbiamo detto che esempi pratici hanno addimostrato come sia necessario perchè anche un manicomio privato possa funzionare bene e senza danno per gli ammalati che vi si curano, che il medico direttore ne sia *realmente* il diri-

gente; per ottenere ciò occorrono due condizioni senza le quali mai un direttore potrà godere della sua autorità piena ed intera.

Anzitutto il direttore deve essere sicuro di trovare nelle autorità quel valido appoggio che la Legge gli accorda. È perciò necessario che le *Commissioni di Vigilanza e gli Ispettori generali* non figurino solamente sulla carta, ma che esistano e lavorino realmente. E quando egli avrà qnesto appoggio è necessario che sia sicuro di avere ancora la sua stabilità, giacchè altrimenti gli amministratori avrebbero facile giuoco per liberarsi di direttori così incomodi. Propongo perciò che il licenziamento d'un medico direttore di manicomio privato non possa essere fatto direttamente dalle Amministrazioni, bensì dalle Autorità Prefettizie alle quali quelle dovranno far conoscere le ragioni motivate che le decidono a richiedere questo provvedimento, libero il Prefetto o chi per esso, sentita la difesa del medico direttore, di confermare o meno il licenziamento.

Per il licenziamento degli altri medici dovrebbero essere adottate le misure dettate dall'art. 27 del Regolamento, deferendo al Prefetto o a chi fa le sue veci quella autorità ch'è concessa al Consiglio Provinciale, ecc.

Assicurazioni sugli infortuni. — Tutte le Amministrazioni devono essere obbligate ad assicurare il loro personale sanitario, d'assistenza, ecc. contro gli infortuni.

Pensioni. — La mancanza d'una stabilità reale non permette di esigere dalle Amministrazioni delle Case di salute private la creazione d'una *cassa pensione,* sembrami però che il problema potrebbe essere facilmente risolto coll'iscrizione obbligatoria di tutto il personale in una delle tante « Casse Pensioni » che esistono. L'Amministrazione pagherebbe per tutto quel tempo che l'inscritto sarebbe al suo servizio lasciando poi a carico di questi il pagamento dei premi quando, per una ragione qualsiasi, venisse a cessare dal suo ufficio.

In ordine al Tema Generale il Dott. Ugolotti comunica al Congresso alcune cifre e alcuni dati di fatto sul « *Trattamento economico dei Medici sui Manicomi pubblici italiani* ».

Questa comunicazione intende semplicemente e modestamente di portare al Congresso alcune cifre ed alcuni dati di fatto, raccolti da una recente inchiesta, la cui esatta conoscenza può riuscire non inopportuna nelle lotte economiche che nel nostro paese stanno svolgendosi fra pubbliche amministrazioni e personale sanitario manicomiale.

L' inchiesta accennata, da me eseguita nel gennaio del corrente anno, era in forma molto semplice: essa chiedeva a ciascuna direzione dei 48 manicomi pubblici del Regno e per ciascuna categoria di sanitari (direttore, medici di sezioni o primari, assistenti), quanto segue:

I. — qual' è lo stipendio organico iniziale;
II. — Quali e quanti gli aumenti periodici del medesimo;
III. — Se vien dato l' alloggio gratuito, e nel caso affermativo se per famiglia o personale, se mobiliato, riscaldato ed illuminato;
IV. — Se vien dato il vitto pure gratuito, e nel caso affermativo se tutti i giorni o solo nei giorni di guardia;
V. — Se è permesso l'esercizio libero professionale;
VI. — Se sono in istudio miglioramenti.

Nulla è stato chiesto circa il diritto a pensione, perché vi sono in proposito delle disposizioni assai differenti fra amministrazione, ed amministrazione, e talora anche molto complicate;

d'altra parte è notorio che ormai in tutti o quasi tutti i manicomi i medici han diritto alla pensione di riposo, e che presentemente vengono a preferenza iscritti al Monte pensione dei medici condotti.

Così pure non si è chiesto di qualche altro diritto (infortuni, piccole indennità di vario genere ecc.) perché di scarso valore.

Non essendo quì possibile nè opportuno riportare integralmente le risposte ottenute, mi limito ad esporre i dati principali ricavati dalle risposte medesime.

a). — Per quanto riguarda i quesiti: II. (aumenti periodici), V. (libertá dell'esercizio professionale) e VI. (Miglioramenti in istudio), le risposte ottenute sono sempre o quasi sempre uguali per tutte quante le categorie dei sanitari. E così si ha:

Per il quesito II. — Tranne che nei manicomi di *Nocera, Piacenza e Treviso* (?) in tutti gli altri sono concessi gli aumenti periodici dello stipendio iniziale, aumenti che in generale sono del decimo ed in numero di 2 o 5, sessennali o quinquennali.

Sono rari quegli istituti in cui gli aumenti periodici sono concessi ad alcune sole categorie di Medici e non a tutte; così a *Milano* solo il direttore non ha diritto ad aumenti, a *Pesaro, Roma, e Sassari* solo gli assistenti: nei detti di *Nocera, Piacenza* e *Treviso* (?) nessuno ha aumenti.

In pochissimi manicomi (es. in quello di *Catanzaro* e di *Udine*) oltre gli aumenti periodici vi è il passaggio di classe con conseguente aumento dello stipendio.

Per il quesito V. — L'esercizio libero professionale è permesso, o in via di diritto o in via di fatto, a tutti i medici di tutti i manicomi italiani, eccettuato quello di *Parma*, nel quale è tassativamente vietato.

Per il quesito VI. — In molti istituti vi sono domande e studi di miglioramenti; avverto però che da una inchiesta pressochè simile a questa, fatta pure da poco tempo dalla Direzione del manicomio di Cremona — la quale gentilmente me ne ha comunicato i risultati — risulta che nella quasi totalità dei manicomi sono già avvenuti miglioramenti recentissimi.

b). — Per quanto riguarda i quesiti: I. (stipendio iniziale), III. (alloggio) e IV. (vitto), essendo le risposte ottenute, ben si capisce, differenti per le diverse categorie di sanitari, credo più opportuno riassumere le risposte stesse separatamente, per ciascuna cioè di dette categorie, e così:

DIRETTORE

a) — *stipendio organico iniziale*. — Tale stipendio è inferiore alla 5 mila lire in 11 dei 48 manicomi italiani, e cioè in quelli di *Alessandria* (4 mila, a cui però bisognerebbe aggiungere un assegno personale di L. 2 mila) *Catanzaro Girifalco* (3 mila), *Cremona* (4320), *Lecce* (3500), *Parma* (4400), *Piacenza* (4300), *Sassari* (4000), *Sondrio* (4000), *Teramo* (4000), *Treviso* (4500), *Udine* (4400).

Va dalle 5 mila lire alle 6 mila nei seguenti 20 manicomi: *Ancona, Aquila, Ascoli-Fermo, Aversa, Bergamo, Cagliari, Cuneo Ferrara, Imola* (osservanza), *Lucca, Macerata, Nocera Inf; Padova, Pavia, Pesaro, Perugia, Pisa-Volterra, Torino, Verona, Vicenza.*

Dalle 6 mila alle 7 mila nei seguenti 13: *Arezzo, Bologna-Città, Bologna-Imola, Brescia, Como, Firenze, Genova, Quarto, Napoli, Novara, Palermo, Siena, Venezia-S. Clemente, Venezia-S. Servolo.*

Dalle 7 mila nei seguenti 4: *Genova Cogoleto* (8 mila) *Milano* (8 mila), *Reggio E.* (7200), *Roma* (7200).

Volendo ora stabilire la media degli stipendi iniziali percepiti dai direttori dei manicomi pubblici italiani, essa risulta essere, in cifra tonda, di L. 5400.

b). -- *Alloggio* — Tranne che nei manicomi di *Bologna Imola, Piacenza, Pisa-Volterra, Lecce e Teramo* in tutti gli altri manicomi il Direttore ha l' alloggio; gratuito; in pochi invece dell' alloggio ha una corrispondente indennità.

L' alloggio è per famiglia, ed il più spesso con luce e riscaldamento.

c). — *Vitto* — In nessun manicomio il Direttore ha diritto

del vitto, tranne che in quello di *Catanzaro*, dove egli ha il vitto quotidiano o una relativa indennità di L. 70 mensili.

In qualche manicomo, come quelli di *Verona*, e di *Vicenza* il Direttore e tutti gli altri sanitari possono acquistare il vitto dall' Amministrazione dietro una determinata e per lo più modesta ritenuta.

MEDICI DI SEZIONE O PRIMARI.

a). — *Stipendio organico iniziale*; — Nella grande maggioranza dei maniconi tutti i medici di sezione o primari appartenenti allo stesso stabilimento, avendo uguali funzioni e responsabilità, hanno anche uguale stipendio, salvo uno di essi primari — là dove non esiste un posto stabile con funzioni autonome di vice-direttore. come accade in pochi grandi istituti — generalmente il più anziano e spesso denominato I. medico di sezione, il quale, avendo l' incarico di sostituire il Direttore, percepisce per questo incarico un adeguato supplemento annuo del proprio stipendio.

Questa particolare circostanza di fatto risulta ancor più che dalle mie indagini, da quelle ottenute dalla già ricordata inchiesta della Direzione del manicomio di Cremona.

Una vera distinzione fra i medici primari di uno stesso stabilimento con una corrispondente sensibile differenza di stipendio organico, si riscontra in pochi grandi istituti come a *Milano*, *Palermo*, *Roma*.

Volendo stabilire la *media* degli stipendi percepiti dai primari o medici di sezione (escluso dai calcoli relativi non solo lo stipendio del vice-direttore vero e proprio in quei pochi istituti in cui esso esiste, perchè di tal posto la presente inchiesta non si è occupata, ma escluso anche il sopradetto supplemento assegnato al medico di sezione incaricato della sostituzione transitoria del direttore) risulta essere, in cifra tonda, di L. 3200.

I manicomi in cui lo stipendio organico iniziale del medico di sezione si *aggira intorno* a tale media (cioè meno di 3000 e non più di 3500) sono quelli di :

Alessandria, Aquila, Ascoli, Aversa, Bergamo, Brescia, Cagliari, Cremona, Ferrara, Genova-Quarto, Lucca, Macerata, (dove però il secondo medico di sezione ha uno stipendio sensibile al di sotto della media) *Novara, Padova, Parma* (il secondo medico di sezione ha pure, a differenza del primo, uno stipendio assai inferiore alla media) *Pavia, Perugia, Pesaro, Siena, Sondrio, Torino, Udine* (il secondo medico di sezione come a Macerata e Parma) *Virona, Vicenza.*

I manicomi in cui detto stipendio è sensibilmente al di *sotto* della media (cioè intorno alle 2500 lire) sono quelli di: *Arezzo, Cuneo, Napoli, Nocera, Palermo* (dove vi hanno più classi di medici di sezione con stipendio che va da L. 3000 a 1500, con una media fra di loro di L. 2250), *Sassari, Treviso;* più ancora al di sotto (da 2000 lire in giù) i manicomi di *Catanzaro* (1800 il primo, 1600 il secondo), *Lecce* (2000), *Teramo* (1360).

I manicomi in cui lo stipendto è sensibilmente al di *sopra* della media (da oltre le 3500 a 4500) sono quelli di:

Aucona, Bologna-Città, Bologna-Imola, Como, Firenze, Genova-Cogoleto, Imola (osservanza), Milano (dove vi hanno numerose gradazioni, differentemente retribuite, di medici di sezione, cioè dal primo che ha 5000 lire all' ultimo che ne ha 3400 con una media fra di loro di circa lire 3900), *Pisa, Roma, Reggio E., Venezia-S. Clemente, Venezia-S. Servolo,* nei quali ultimi tre lo stipendio organico del medico di sezione raggiunge il massimo di lire 4500.

Ricordisi infine che il manicomio di *Piacenza* è l' unico in cui non vi sono medici di sezione: in esso il personale sanitario è costituito da un direttore e da un assistente.

b) Alloggio. — In circa la metà dei manicomi i medici di sezione godono dell' alloggio gratuito per famiglia, come il Direttore, e il più delle volte con luce e riscaldamento.

In una diecina circa godono dell' alloggio semplicemente personale o di una indennità dall' alloggio. In circa altrettanti ai medici di sezione non viene dato nè alloggio d' alcun genere,

nè indennità *(Ancona, Aversa, Bologna. Catania, Como, Cuneo, Lecce, Perugia* ecc.).

c) Vitto. — Nella grandissima maggioranza dei manicomi i medici di sezione non hanno diritto al vitto.

In pochi istituti ne hanno diritto quelli di essi medici che hanno l'obbligo della guardia, epperciò solo nei giorni di guardia e non quotidianamente *(Aquila, Cagliari, Lecce, Macerata, Milano, Palermo, Pisa, Roma, Sassari, Treviso);* oppure hanno invece del vitto una determinata indennità per ogni guardia (a *Nocera* L. 2, " ", a *Napoli* L. 2,50).

È solo nel manicomio di *Catanzaro* che i medici di sezione hanno diritto, come il Direttore, del vitto quotidiano o di una indennità mensile di L. 70.

MEDICI ASSISTENTI.

a) Stipendio organico iniziale. — La *media* degli stipendi iniziali degli assistenti è, in cifra tonda, di L. 2300.

Bisogna però osservare, come sarà più sotto specificato, che in oltre la metà dei 41 manicomi che hanno la categoria degli assistenti (in 7 manicomi questa categoria manca, e cioè ad *Ascoli, Lecce, Macerata, Palermo, Pavia, Teramo, Treviso),* gli assistenti medesimi godono del vitto gratuito o quotidianamente o solo nei giorni di guardia. Perciò tenendo conto con calcoli approssimativi del valore di tale diritto in quegli istituti, ben s' intende, dove questo c'è, si ricava che la sopradetta *media* di lire 2,300 sale a lire 2,700.

Considerando ora quest' ultima cifra come media degli stipendi degli assistenti, e calcolando sempre anche il valore approssimativo del vitto, risulta che:

I manicomi in cui detto stipendio si aggira intorno alla media, sono quelli di: *Aquila, Bergamo, Brescia, Cagliari, Como, Cremona, Cuneo, Genova-Quarto, Imola* (osservanza) *Novara, Padova, Pesaro, Piacenza, Roma, Siena, Sondrio, Udine, Verona, Vicenza.*

I manicomi in cui lo stipendio è sensibilmente al di *sotto*

della media (da poco più di 2000 lire a 1500) sono quelli di: *Alessandria, Aversa, Catanzaro, Ferrara, Lucca, Napoli, Nocera, Perugia, Parma, Sassari, Torino.*

I manicomi in cui lo stipendio è sensibilmente al di *sopra* della media (oltre le 3000 lire), sono quelli di: *Arezzo, Ancona, Bologna-Imola, Bologna-Città, Firenze, Genova-Cogoleto, Milano, Pisa, Reggio Emilia, Venezia S. Clemente, Venezia-S. Servolo.*

b) Alloggio. — Nella grandissima maggioranza dei manicomi (29) agli assistenti è dato l'alloggio gratuito personale mobiliato, illuminato e riscaldato; in pochissimi, come a *Roma,* invece dell'alloggio una corrispondente indennità.

A *Bergamo, Cremona, Lucca,* e *Parma* l'alloggio degli assistenti non è solo personale ma anche per famiglia.

In pochi manicomi quindi *(Aquila, Aversa, Catanzaro, Napoli, Nocera, Pisa)* gli assistenti non godono di alloggio di nessun genere.

c) Vitto. — Come è già stato detto sopra, in oltre la metà dei manicomi pubblici italiani gli assistenti godono del vitto gratuito dentro lo stabilimento, o tutti i giorni (9) o solo nei giorni di guardia (14).

A *Napoli* e a *Nocera* invece del vitto nei giorni di guardia gli assistenti hanno una corrispondente indennità per ogni guardia, come pure è già stato detto.

Infine in 16 manicomi gli assistenti non hanno vitto affatto.

Riservandomi in altra circostanza di illustrare e commentare i risultati ottenuti dalla presente inchiesta, mi limito ora ad osservare, come chiusa di questa ormai troppo lunga comunicazione, che nella grandissima maggioranza dei manicomi pubblici italiani il trattamento economico dei rispettivi sanitari è ancora notevolmente inferiore ai desiderati espressi in un loro recente memoriale, e che ancora esiste una eccessiva sperequazione nello stato economico dei medici di manicomio, sia che essi abbiano lo stesso grado ed appartengano a diversi istituti, sia che abbiano grado differente ed appartengano allo stesso istituto.

Nella stessa seduta il Dott. Amaldi svolge la sua Relazione sul *V Tema Generale:*

Le registrazioni e le pubblicazioni periodiche manicomiali pei fini di una statistica metodica ed uniforme in Italia, anche a contributo delle ricerche dell' Istituto internazionale per la profilassi delle malattie mentali. (Relatori: Dott. P. Amaldi, Prof. G. Antonini, Dott. U. Masini).

CONCLUSIONI

I.

Le registrazioni e le pubblicazioni periodiche manicomiali, ai fini d'una statistica nazionale e sue applicazioni pratiche, nonchè a contributo di più vaste ricerche coordinate a quelle d' altri paesi a scopo scientifico e sociale, si riferiscono a due grandi ordini di fatti che si svolgono nella sfera di osservazione e di azione del manicomio:

a) fatti di interesse principalmente nosologico: *statistica nosologica;*

b) fatti di interesse principalmente tecnico: *statistica tecnica.*

II.

La *statistica nosologica* d' ogni manicomio deve fornire il censimento annuo delle diverse forme morbose distinte in *gruppi,* generalmente accettati perchè sufficientemente caratterizzati o dal punto di vista eziologico o da quello patogenetico o da quello clinico.

Viene adottata la seguente nomenclatura di gruppi nosologici:

1. — Cretinismo ed altre Psicosi distiroidee.
2. — Frenastenie cerebropatiche.
3. — Frenastenie essenziali.
4. — Pazzia morale.
5. — Psicosi nevrasteniche e forme affini.
6. — Psicosi epilettiche.
7. — Psicosi distimiche (frenosi maniaco-depressiva in tutte le sue forme, manìa, melanconia, stati misti, forme periodiche).
8. — Psicosi demenziali (demenza precoce o primitiva, frenosi sensoria cronica).
9. — Paranoia.
10. — Psicosi senili e involutive.
11. — Paralisi progressiva.
12. — Demenze in encefalopatie organiche.
13. — Alcoolismo.
14. — Psicosi pellagrose.
15. — Psicosi acute amenziali e delirio acuto.

III.

La statistica nosologica d'ogni manicomio fornisce il censimento annuo dei varii gruppi di forme morbose presentate dagli *ammessi* e dagli *usciti* (dimessi o morti) — sempre distinguendoli nei due sessi — prospettando i varii gruppi nosologici convenuti secondo i seguenti punti di vista in altrettante tavole (per alcune delle quali presentiamo il modulo a titolo di proposta):

I. — n° degli *entrati per la prima volta*
» » » *per riammissione dopo guarigione pregressa*
n° degli *entrati per riammissione senza guarigione pregressa*
n° degli *usciti guariti*
» » *migliorati*
» » *in condizioni stazionarie*

n.° degli *usciti morti*
» » » *evasi ;*

II. — n° degli *entrati con forma nuova* (gli entrati per la prima volta, più i riammessi dopo guarigione pregressa) distinti nei gruppi nosologici, in confronto all' *età* ;

III. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto alla *professione ;*

IV. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto alla *ereditarietà diretta, atavica e collaterale* e *disposizione familiare ;*

V. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto al fattore eziologico presumibilmente più importante ;

VI. — n° degli *usciti* distinti per gruppo nosologico in
a) *guariti-migliorati*
b) *in condizioni stazionarie*
c) *morti*
in confronto alla *durata della degenza ;*

VII. — n° dei *morti* dei varii gruppi nosologici in confronto all' *età ;*

VIII. — n° dei *morti* in confronto alla *causa prossima di morte.*

Inoltre la statistica nosologica darà il *totale delle presenze nell' anno* (vale a dire la somma dei presenti nei 365 giorni dell' anno) e i totali delle presenze nei varii mesi dell' anno.

IV.

La *statistica tecnica* prende in considerazione quei fatti caratteristici della vita e della funzione del manicomio (manifestazioni tipiche degli alienati di mente, modalità di trattamento di essi, ecc.) che nel loro insieme assumono particolare interesse. Sulla scorta cioè dei rapporti giornalieri vengono raccolti mensilmente ;

il numero dei *febbricitanti*
» » » *diarroici*
» » » *sitofobi*
» » » *convulsionari*

Viene adottata la seguente nomenclatura di gruppi nosologici:

1. — Cretinismo ed altre Psicosi distiroidee.
2. — Frenastenie cerebropatiche.
3. — Frenastenie essenziali.
4. — Pazzia morale.
5. — Psicosi nevrasteniche e forme affini.
6. — Psicosi epilettiche.
7. — Psicosi distimiche (frenosi maniaco-depressiva in tutte le sue forme, manìa, melanconia, stati misti, forme periodiche).
8. — Psicosi demenziali (demenza precoce o primitiva, frenosi sensoria cronica).
9. — Paranoia.
10. — Psicosi senili e involutive.
11. — Paralisi progressiva.
12. — Demenze in encefalopatie organiche.
13. — Alcoolismo.
14. — Psicosi pellagrose.
15. — Psicosi acute amenziali e delirio acuto.

III.

La statistica nosologica d'ogni manicomio fornisce il censimento annuo dei varii gruppi di forme morbose presentate dagli *ammessi* e dagli *usciti* (dimessi o morti) — sempre distinguendoli nei due sessi — prospettando i varii gruppi nosologici convenuti secondo i seguenti punti di vista in altrettante tavole (per alcune delle quali presentiamo il modulo a titolo di proposta):

I. — n° degli *entrati per la prima volta*
 » » *per riammissione dopo guarigione pregressa*
n° degli *entrati per riammissione senza guarigione pregressa*
n° degli *usciti guariti*
 » » *migliorati*
 » » *in condizioni stazionarie*

n.° degli *usciti morti*
» » » *evasi;*

II. — n° degli *entrati con forma nuova* (gli entrati per la prima volta, più i riammessi dopo guarigione pregressa) distinti nei gruppi nosologici, in confronto all'*età*;

III. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto alla *professione;*

IV. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto alla *ereditarietà diretta, atavica e collaterale* e *disposizione familiare;*

V. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto al fattore eziologico presumibilmente più importante;

VI. — n° degli *usciti* distinti per gruppo nosologico in
a) *guariti-migliorati*
b) *in condizioni stazionarie*
c) *morti*
in confronto alla *durata della degenza;*

VII. — n° dei *morti* dei varii gruppi nosologici in confronto all'*età;*

VIII. — n° dei *morti* in confronto alla *causa prossima di morte.*

Inoltre la statistica nosologica darà il *totale delle presenze nell'anno* (vale a dire la somma dei presenti nei 365 giorni dell'anno) e i totali delle presenze nei varii mesi dell'anno.

IV.

La *statistica tecnica* prende in considerazione quei fatti caratteristici della vita e della funzione del manicomio (manifestazioni tipiche degli alienati di mente, modalità di trattamento di essi, ecc.) che nel loro insieme assumono particolare interesse. Sulla scorta cioè dei rapporti giornalieri vengono raccolti mensilmente;

il numero dei *febbricitanti*
» » » *diarroici*
» » » *sitofobi*
» » » *convulsionari*

il numero dei *violenti*
» » » *clamorosi nella notte ;*
» » » *malati curati a letto*
» » » *malati isolati*
» » » *malati assoggettati a mezzi di contenzione meccanica*
» » » *malati assoggettati a mezzi di sostenzione chimica*
» » » *malati sudici*
» » » *malati che hanno fatto bagno di nettezza*
» » » *malati curati col bagno protratto*
» » » *malati applicati al lavoro* (secondo le varie lavorazioni).

V.

Tutti questi dati di statistica nosologica e di statistica tecnica verranno raccolti in ogni manicomio in una Relazione annua. Questa Relazione, oltre alle altre notizie d'ordine clinico, scientifico e pratico che potrà accogliere, darà cenno sommario delle innovazioni avveratesi sia nella edilizia come nella organizzazione dell' istituto.

VI.

La Direzione d'ogni manicomio compilerà la Relazione medico-statistica entro il primo trimestre di ogni anno e la farà pervenire alla Presidenza della Società Freniatrica, che in un annuario statistico, edito espressamente e da pubblicarsi entro il maggio di ogni anno, raccoglierà le Relazioni medico-statistiche che saranno state spedite in tempo.

Dopo lunga discussione viene approvata la proposta di Pieraccini, il quale vuole che si diramino i diversi moduli, presentati dal Relatore Amaldi, alle Direzioni dei Manicomi perchè riferiscano le loro impressioni e facciano le opportune osservazioni od eventuali modificazioni.

Il Prof. Tamburini è incaricato di diramare i moduli.

In relazione al quinto tema generale, il Dott. E. Padovani presenta la sua nota: « *Sulla necessità d'una statistica degli emigranti italiani alienati rimpatriati o respinti dall'America e sbarcati nei porti d'Italia e dell'estero* ».

Nel recentissimo XX Congresso dei medici alienisti e nevrologi di Francia, tenutosi a Bruxelles-Liegi (1-8 Agosto 1910), ha attirato l'attenzione una comunicazione dei Dottori *Hamel* e *Lallement* sù gli « Alienati respinti d'America e sbarcati nel porto dell'Hâvre ». Di questi alienati, nel decennio 1900-1910, 61 (45 uomini e 16 donne), quasi tutti provenienti dagli stati Uniti d'America, poichè dal Canadà, erano stati ricoverati nel manicomio di Rouen. Di questi alienati, alcuni erano stati riconosciuti e ricoverati come tali, prima dell'imbarco, all'Hâvre, altri erano stati colti dalla malattia mentale nel viaggio di rimpatrio, altri invece erano stati respinti dai governi nordamericani, come alienati, o appena sbarcati, o poco dopo. Ciò in esecuzione della legge del Febbraio 1907 su l'immigrazione. È appunto subito posteriormente all'applicazione di tal legge che aumenta il numero delle ammissioni degli alienati emigranti. Questi appartengono quasi tutti a nazionalità dell'Europa meridionale: *Italiani*, Montenegrini, Greci, Rumeni.

I due autori, segnalando queste condizioni di cose, proponevano che fosse possibile conoscere su quanti manicomi, situati presso porti di sbarco, esistesse una situazione simile, e se non si potesse ottenere dalle compagnie di navigazione il rim-

patrio degli emigranti alienati nei loro paesi d'origine. Il Congresso nominava una commissione incaricata di studiare la questione e di fare, per la prossima riunione, proposte concrete.

Recentemente poi il dott. *Lapatie,* inspirato dalla comunicazione su riferita, dava notizia di una analoga situazione nel Manicomio di Nantes: gli alienati emigranti quivi ricoverati provenivano dall' America del Nord, ed erano stati sbarcati al porto di Saint-Nazaire.

Il problema posto dagli alienisti francesi è più che per altri interessante per noi, perchè esso non coinvolge tanto una questione d'interesse, quanto una questione di sentimento e di umanità. È uno dei maggiori infatti il contributo che noi diamo all' emigrazione transoceanica, e in rapporto non possono mancare, come non mancano, alienati nostri che respinti, o spontaneamente reduci, dai paesi d'immigrazione, colti da pazzia, vengono ricoverati in manicomi litoranei, o quasi, d' Italia e dell' Estero, e quivi, lontani dai parenti, abbandonati a se stessi, aggravate le condizioni di dimissione, evolvono più facilmente verso la cronicità e così, quasi soli, senza conforti, finiscono i loro giorni.

Ricerche analoghe, benchè con diversa spinta, non sono nuove in Italia: quì ricordo le più recenti, quelle di *Tolone,* di *Duse,* di *Lener.* Con tutto ciò, noi siamo nell' ignoranza più oscura sul numero di tali malati; non solo, ma neppure sappiamo in quali e quanti manicomi essi siano degenti. Così è per molti quasi una rivelazione che ad esempio nel Manicomio di Rouen esistano numerosi malati nostri, che forse mai più torneranno tra noi.

La prova migliore di questa ignoranza è l' esito di un' inchiesta, promossa da *D' Ormea,* appunto allo scopo di conoscere il numero degli emigranti italiani alienati degenti nei manicomi nostri. Le questure interpellate non seppero rispondere, così pure quasi tutti i manicomi; una simile questione pareva non dovesse mai sorgere, tanto furono muti i registri.

Pure tali alienati esistono. Se noi consideriamo le statistiche redatte a cura del Ministero degli Esteri, abbiamo per il sessennio 1904-1909 i risultati seguenti:

America del Nord malattie mentali nel				Anni	America del Sud malattie mentali nel			
Viaggio d'andata		Viaggio di ritorno			Viaggio d'andata		Viaggio di ritorno	
Casi	Per mille	Casi	Per mille		Casi	Per mille	Casi	Per mille
—	—	50	0,46	1904	—	—	11	0,27
—	—	55	0,65	1905	3	0,03	43	0,97
2	0,007	70	0,86	1906	5	0,04	27	0,54
3	0,01	86	0,70	1907	6	0,06	31	0,48
2	0,04	74	0,44	1908	11	0,11	32	0,60
13	0,05	96	1,92	1909	17	0,19	34	0,60
20	0,01	461	4,03	*Totali*	42	0,04	178	3,46

Di fronte dunque a 62 alienati, che noi abbiamo, in 6 anni, esportati nelle Americhe, queste ce ne hanno restituiti 639, in proporzione più che decupla!

Ho altrove studiato le cause di questo straordinario aumento dei nostri alienati tra gli emigranti, ho esposto le condizioni di ospitalizzazione, decenti e decorose nell'America del Nord, deplorevolissime nell'America del Sud. Altra è la questione che ora mi propongo: dove sono andati a finire questi 639 alienati, che pur non rappresentano tutta la nostra massa malata, perchè ci sfuggono le cifre dai porti esteri?

Non tutti certo nei manicomi delle provincie finitime ai loro paesi d'origine. Ed eccoci tornati alla questione proposta da *Hamel* e *Lallement*. È necessario cioè, che noi ne conosciamo il numero, che noi sappiamo donde essi vengono, per

al più presto restituirli vicino alle loro famiglie; è non solo, questione di umanità, ma è anche un dovere terapeutico, perchè sappiamo di qual balsamo sia spesso il pensiero della vicinanza dei propri cari su malati che non sono tutti dementi sfasciati, mai dimissibili.

Non solo, ma dobbiamo anche sapere (e questo potrà essere agevolato dal nuovo Istituto internazionale per la statistica e la profilassi delle malattie mentali) quanti e dove sieno gli alienati nostri all'estero, dobbiamo, con una intesa cordiale e col dovere di reciprocità, in ogni modo, pur assecondando gli sforzi che le nazioni estere fanno per liberarsi dagli alienati stranieri, per misura di interesse nazionale e sociale, cercare i mezzi della più efficace tutela dei nostri. Il Nord-America, con la Legge sull'immigrazione (1907) se ne sbarazza spietatamente? Ma noi non dobbiamo permettere anzitutto ch'essi, appena diagnosticati, sieno imbarcati sul primo vapore in partenza, senza riguardo alle loro condizioni fisiche e mentali, non dobbiamo permettere che le compagnie di navigazione li facciano viaggiare in condizioni di ricovero deplorevolissime, e poi li abbandonino a se stessi sui moli dei porti d'Italia e dell'Estero, con evidente pericolo personale e d'altrui, e con il più grave pregiudizio di futuri miglioramenti. Raccoglierli, vuol però dire conoscerli, conoscerne il numero, conoscerne il luogo d'origine, e di degenza attuale: ecco perciò la necessità anzi tutto d'una statistica esatta, per potere misurare il male, e convenientemente provvedervi.

Terminata la discussione dei Temi generali nell' ultima seduta del Congresso vennero svolti alcuni lavori d' indole generale.

Il Dott. Bucciante espose alcune sue ricerche sulla « *Pazzia morale* e *legge penale* » e sulla « *Profilassi della delinquenza nell' esercito* ».

Circa la responsabilità penale dei *frenastenici morali*, la maggioranza degli autori (Severi), sostiene che essi sono allo stato attuale punibili poichè, tenendo presente il significato attribuito dal legislatore alla infermità di mente, non credono ad essi applicabile l' art. 46 o 47. Sarebbe assurdo dicono trattare il pazzo morale diversamente dal criminale nato abituale, anche perchè il perito incorrerebbe in continui errori e in gravi confusioni. Mi permetto di dissentire da tanti maestri poichè ritengo che la pazzia morale rientri sempre nell' ambito dell' art. 46 sia scientificamente, sia per espressa indicazione del legistatore.

Il pazzo morale difatti è incapace di provare i sentimenti che fanno discernere le azioni immorali e illegali e trattengono gli uomini normali dal compierle. Come si può dunque parlare di punibilità in tali individui se non conoscendo essi il valore giuridico dei loro atti, non possono disporre della libertà di compierli, mancano cioè, per uno stato immanente della psiche della volontarietà dell' azione, che, come scrive lo stesso Severi, è « momento imprescindibile della responsabilità penale? »

Anche pel legislatore il pazzo morale rientra nella grande

famiglia degli infermi di mente e perciò avente diritto al beneficio della discriminante e per convincersene basta tener presente la relazioue Zanardelli all'art. 46: « La voce *mente* va « intesa nel suo ampio significato, sì da comprendere tutte le « facoltà psichiche dell'uomo, innate ed acquisite, semplici e com- « poste, dalla memoria alla coscienza, dall'intelligenza alla vo- « lontà, dal raziocinio al *senso morale* ».

Il pazzo morale è dunque giuridicamente un infermo di mente il quale soddisfa a tutti gli altri estremi dell'art. 46 circa la mancanza di coscienza e della libertà dei propri atti nel momento del reato, poichè egli è in uno stato non transeunte ma permanente di incapacità di potersi rappresentare la propria condotta, di impossibilità assoluta di riconoscere il valore giuridico dell'atto e quindi non è in possesso di quella libertà degli atti che la legge vuole come condizione *sine qua non* di punibilità.

Rispetto al C. P. M. la soluzione della questione appare ancora più difficile poichè, abrogato il barbaro Editto del 1826, abbiamo ancora il C. P. M. del 1869 e in esso lo stato morboso della mente è esemplificato con la *pazzia, l'imbecillità* e il *morboso furore.*

Se però la parola del Cod. permane immutata, la giurisprudenza ha allargato sempre più il significato della parola *pazzia* e consultando le sentenze del Tribunale Supremo di G. e M. si vede che essa viene identificata con la parola *demenza* e nel delimitarne i confini vi si include anche l'individuo il quale non prova più le affezioni che fanno palpitare il cuore degli uomini.

Talchè, data alla parola pazzia la significazione di *infermità di mente,* la dizione e lo spirito dell'art. 57 trovano accordo oltrechè con lo stadio attuale di evoluzione della coscienza giuridica, coi precetti fondamentali della psicopatologia.

Circa la vexata quaestio della semi-imputabilità rispetto alla pazzia morale, mi limito a dire che una base scientifica possiamo solo trovarla nella distinzione che fa lo *Schüle* della pazzia morale in due forme: nella prima mancano completa-

mente i concetti e i sentimenti morali, nella seconda si hanno i concetti morali ma si presentano uniformi, come schemi morti e disseccati senza alcuna tonalità sentimentale che li sostenga e li ravvivi.

Se può una tale distinzione essere accettabile per stabilire l'imputabilità in special modo di fronte a quei reati, grossolani nella struttura, a rilievi, netti e marcati, non può essere invocata per quelli di indole puramente militare che abbiano per base la nozione esatta e la coscienza delle norme disciplinari.

Questi delitti, quanto più sono nella loro intima essenza evoluti, essendo orditi sul traliccio di fili etici e giuridici molto delicati, non possono essere interpretati dal pazzo morale, rimasto molto lontano dal rispondente grado di maturità criminale.

Anzi io mi permetto di domandare: poichè il C. P. M. considera come reati mancanze che pel Codice comune tali non sono, fino a che punto sia punibile alla sua stregua chi commette uno di tali reati e venga poi riconosciuto inabile al servizio militare per una qualsiasi forma di insufficienza delle funzioni psichiche preesistente all'arruolamento e che, se in tempo fosse stata rilevata, avrebbe fatto escludere l'individuo dalle file dell'Esercito.

Dobbiamo riconoscere sempre e in tutto passibile di pena chi noi abbiamo trasportato in una sfera di responsabilità di ordine superiore, presumendo un congegno di poteri psichici proporzionato e che solo più tardi riconosciamo insufficiente?

* * *

L'esperienza quotidiana ci dice che ogni anno si riversa nella circolazione dell'organismo militare una vena carica del virus sociale più malefico e che, quando molti anni fa si parlava di un soldato arruolato con quindici o venti condanne, non si riferivano circostanze di fatto meno vere e amare di quelle che attualmente constatiamo.

Circa le cause i diversi autori hanno indicato specialmente la mancanza di tempo presso i Consigli di Leva, la deficienza di disposizioni regolamentari, la insufficienza tecnica speciale degli ufficiali medici. Tutti concordano nella necessità di identificare il più presto possibile gli irriducibili psichici nell' esercito, impedendone l'ingresso fin nel Consiglio di Leva e tutte le proposte relative si riducono ad una indagine retrospettiva del soggetto in esame e ad una obbiettiva, così dalle proposte che ogni recluta si presentasse al Consiglio di Leva con documenti ed informazioni anamnesiche familiari e personali, arriviamo fino a quella di creare una commissione di tre membri per l'indagine retrospettiva e che uno specialista faccia parte di ogni Consiglio di Leva.

Praticamente è mai possibile questa indagine retrospettiva di ciascuna recluta, quest' esame remoto, prossimo e attuale davanti il Consiglio di Leva? Per i casi evidenti non è esso eccessivo? e per quelli che tali non sono la presenza dello specialista rimuove la impossibilità di accertamento, in quelle condizioni di esame e con i mezzi di cui si dispone?

Nel Consiglio di Leva, oltre l' idoneità fisica e psichica, deve essere stabilita la idoneità giuridica dell'individuo, la quale deve emergere dalla valutazione accurata rispetto ai vari titoli di esenzione che la nuova legge ha trasformati e anche creati, protendendosi tutrice sugli avi, sugli orfani e fin sulla figliolanza illegittima, secondando così la evoluzione giuridica dell' istituto della famiglia. Un ordinamento già tanto complicato al quale è attribuita la trattazione di una somma di argomenti che involgono interessi vitali di tanti cittadini, non può sopportare l' intromissione di altri congegni tecnici, se non a patto di modificarne prima radicalmente la costituzione.

CONCLUSIONI:

1. — L' identificazione e l' eliminazione dall' esercito dei delinquenti devono essere iniziali presso il Consiglio di Leva,

intensificate sempre più nei successivi momenti del reclutamento, integrate dalla ricerca nel Reggimento e nei vari luoghi di cura da parte dei rispettivi ufficiali medici.

2. — A tale uopo occorrerebbe:

a) che le diverse autorità politiche trasmettessero al Consiglio di Leva le informazioni penali limitatamente però ai precoci, recidivi specifici e rei di crimini gravi, e la nota di tutti quelli che siano stati ricoverati in case di salute, che siano stati o siano sorvegliati speciali;

b) che i Comandanti dei reggimenti fornissero immediata visione all'ufficiale medico dei certificati penali e delle informazioni siservate relative alle reclute nuove giunte;

c) che negli Ospedali militari i Caporeparti riferissero subito alla Direzione su quegli individui indiziati per i quali si intravedesse la opportunità di uno studio psichiatrico.

3. — Gli anormali permanenti congeniti saranno immediatamente proposti a rassegna o inviati in osservazione all'Ospedale militare e successivamente tutti quelli tra gli anormali per attitudine acquisita che, dopo l'esame ripetuto e ponderato, si addimostrino incompatibili con le esigenze del servizio.

I delinquenti normali e tutti gli altri che non diano bastevoli elementi per l'invio in osservazione saranno fatti idonei e inquadrati nei reparti comuni e tenuti in nota dal Comandante della Compagnia e dall'ufficiale medico del Corpo.

4. — È necessario inoltre:

a) che si dia maggiore incremento agli studi psichiatrici-criminali, spiegandoli fino alla specializzazione;

b) che una continua, attiva, intensa propaganda sia condotta da parte specialmente degli ufficiali medici, per diffondere le nozioni essenziali di psichiatria tra gli ufficiali, i sottufficiali e il personale di tutti gli istituti militari « non escluso quello dei tribunali militari » perchè tutti concorrano, ciascuno nell'ambito delle proprie attribuzioni, alla difesa dell'organismo militare, rompendo quella fitta rete di superstizioni, di preoccupazioni, di diffidenze, che tuttora ne insidia la integrità morale.

Circa le cause i diversi autori hanno indicato specialmente la mancanza di tempo presso i Consigli di Leva, la deficienza di disposizioni regolamentari, la insufficienza tecnica speciale degli ufficiali medici. Tutti concordano nella necessità di identificare il più presto possibile gli irriducibili psichici nell'esercito, impedendone l'ingresso fin nel Consiglio di Leva e tutte le proposte relative si riducono ad una indagine retrospettiva del soggetto in esame e ad una obbiettiva, così dalle proposte che ogni recluta si presentasse al Consiglio di Leva con documenti ed informazioni anamnesiche familiari e personali, arriviamo fino a quella di creare una commissione di tre membri per l'indagine retrospettiva e che uno specialista faccia parte di ogni Consiglio di Leva.

Praticamente è mai possibile questa indagine retrospettiva di ciascuna recluta, quest'esame remoto, prossimo e attuale davanti il Consiglio di Leva? Per i casi evidenti non è esso eccessivo? e per quelli che tali non sono la presenza dello specialista rimuove la impossibilità di accertamento, in quelle condizioni di esame e con i mezzi di cui si dispone?

Nel Consiglio di Leva, oltre l'idoneità fisica e psichica, deve essere stabilita la idoneità giuridica dell'individuo, la quale deve emergere dalla valutazione accurata rispetto ai vari titoli di esenzione che la nuova legge ha trasformati e anche creati, protendendosi tutrice sugli avi, sugli orfani e fin sulla figliolanza illegittima, secondando così la evoluzione giuridica dell'istituto della famiglia. Un ordinamento già tanto complicato al quale è attribuita la trattazione di una somma di argomenti che involgono interessi vitali di tanti cittadini, non può sopportare l'intromissione di altri congegni tecnici, se non a patto di modificarne prima radicalmente la costituzione.

CONCLUSIONI:

1. — L'identificazione e l'eliminazione dall'esercito dei delinquenti devono essere iniziali presso il Consiglio di Leva,

intensificate sempre più nei successivi momenti del reclutamento, integrate dalla ricerca nel Reggimento e nei vari luoghi di cura da parte dei rispettivi ufficiali medici.

2. — A tale uopo occorrerebbe:

a) che le diverse autorità politiche trasmettessero al Consiglio di Leva le informazioni penali limitatamente però ai precoci, recidivi specifici e rei di crimini gravi, e la nota di tutti quelli che siano stati ricoverati in case di salute, che siano stati o siano sorvegliati speciali;

b) che i Comandanti dei reggimenti fornissero immediata visione all'ufficiale medico dei certificati penali e delle informazioni siservate relative alle reclute nuove giunte;

c) che negli Ospedali militari i Caporeparti riferissero subito alla Direzione su quegli individui indiziati per i quali si intravedesse la opportunità di uno studio psichiatrico.

3. — Gli anormali permanenti congeniti saranno immediatamente proposti a rassegna o inviati in osservazione all'Ospedale militare e successivamente tutti quelli tra gli anormali per attitudine acquisita che, dopo l'esame ripetuto e ponderato, si addimostrino incompatibili con le esigenze del servizio.

I delinquenti normali e tutti gli altri che non diano bastevoli elementi per l'invio in osservazione saranno fatti idonei e inquadrati nei reparti comuni e tenuti in nota dal Comandante della Compagnia e dall'ufficiale medico del Corpo.

4. — È necessario inoltre:

a) che si dia maggiore incremento agli studi psichiatrici-criminali, spiegandoli fino alla specializzazione;

b) che una continua, attiva, intensa propaganda sia condotta da parte specialmente degli ufficiali medici, per diffondere le nozioni essenziali di psichiatria tra gli ufficiali, i sottufficiali e il personale di tutti gli istituti militari « non escluso quello dei tribunali militari » perchè tutti concorrano, ciascuno nell'ambito delle proprie attribuzioni, alla difesa dell'organismo militare, rompendo quella fitta rete di superstizioni, di preoccupazioni, di diffidenze, che tuttora ne insidia la integrità morale.

5. — Si riafferma il convincimento:

a) che le leggi vigenti, bene intese e largamente applicate consentono al perito sanitario di attuare tutta intera l'epurazione dei non valori psichici e mentali;

b) che gli istituti militari intermedi e i reparti speciali riuscirebbero sempre superflui, spesso pericolosi o addirittura esiziali;

c) che ogni proposta di riforma al Consiglio di Leva, intesa a concentrare tutti gli sforzi profilattici in quel tempo, per risolvere in blocco e d'emblèe il grave e complesso problema, sarebbe intempestiva, se non presupponga una radicale trasformazione di tutto l'istituto del reclutamento.

Il Dott. Consiglio espone i suoi temi: « *La profilassi morale nell'esercito* » e « *La mentalità negli epilettici* ».

La profilassi morale nell' esercito.

Ogni aggregato umano, per istinto biologico di conservazione e di difesa, e per la eucenestesi che è risultante della normalità di funzioni e di vita delle varie parti, reagisce contro le minaccie, e più ancora, contro i danni che mettono in pericolo le sue condizioni di esistenza, o che ne affievoliscono le attività e perturbano il ritmo normale di vita e di funzioni.

Anche per gli organismi sociali gli sforzi terapeutici cedono il passo alla moderna igiene profilattica, che deriva da una conoscenza più larga delle varie cause morbigene e delle loro condizioni ambientali: così la Medicina politica, negli organismi collettivi, forma la base della Clinica sociale, ed essa, nella collettività militare, trova più agevole esplicazione, e vi acquista anzi una prova di sperimentalismo positivo, che vale nella razionale prevenzione del più complesso organismo sociale. Ciò sopratutto per la difesa contro l' anomalo ed il degenerato, i quali, sotto tutte le varie forme, sono la vera piaga dell' esercito; cagione continua di attriti, di sperdimento di energie, di contagio psicomorale pernicioso, costituiscono inoltre un pericolo continuo che cause futili può rendere attuale, non solo con perturbamento delle funzioni collettive, ma talora anche con lesioni dell' integrità personale.

Le migliorate condizioni dell' aggregato, i rinnovamenti pedagogici e disciplinari, il senso più elevato e diffuso della dignità personale, la trasformazione del concetto di soldato, la selezione fisica più accurata, la seriazione delle attività lavorative ecc., molto aiuteranno nel lavorio di adattamento alle speciali funzioni dell' ambiente; ma precipuamente la eliminazione preventiva degli anomali, oltre che dei nevrotici, frenastenici ed alienati veri, ed il rapido sgombero di essi potrà risanare, e fortificare, l' organismo militare. Problema però quanto mai complesso, assai più di quel che non si creda, nelle sue attuazioni pratiche, in quanto esso investe e comprende tanti altri problemi d' indole biologica, psicologica, sociologica, in rapporto al diritto penale ed alle leggi sul reclutamento.

Da qualche anno tali problemi sono agitati, e discussi in Congressi stranieri; in Italia ce ne andiamo occupando con amore, il Ministero è conscio della loro grande importanza e della necessità di risolverli, l' Ispettore Capo di Sanità vi spende parecchie delle sue energie multiformi, ed ha incitato il Ministero a farli studiare da una Commissione di ufficiali medici, cominciando con lo studio obbiettivo dei delinquenti militari e dei disciplinari (1).

Qui io a grandi tratti riassumo quello che a me pare debba attuarsi per profilassare l' esercito dagli anomali, tenendo pre-

---

(1) Tale Commissione Sanitaria Militare speciale lavora già da un anno, presieduta dapprima dal colonnello medico *De Furia*, dopo che questi fu messo in posizione ausiliaria per età, ha continuato i suoi lavori con la presidenza effettiva del maggiore medico *Ciaccio*, dapprima vice-presidente; altri membri sono stati il capitano *Funajoli* ed il capitano *Consiglio*, autore di questi articoli, relatore e segretario della Commissione e delegato ufficiale a questo Congresso a rappresentare il Corpo Sanitario militare insieme col Funajoli assente.

sente le difficoltà pratiche che incontrano varie proposte già avanzate da egregi studiosi, militari o no.

La prima cernita deve farsi, com'è logico, al Consiglio di Leva, che è il filtro naturale per eccellenza; ma è anche logico che vi manca tempo e modo, che ogni medico dovrebbe essere uno specialista, e che lo stesso specialista non può far subito la diagnosi in ogni caso, specie quando il provvedimento assume un'importanza medico-legale, certa al presente, possibile nell'avvenire del riformato nei suoi rapporti sociali, e quando la riforma può danneggiare i terzi, chiamati a sostituire il vuoto del contingente. L'ufficiale medico nel Consiglio di Leva deve riformare i tipi classici conclamati, di anormalità mentali; tutti gli altri, a lui dubbii per rilievo diretto, (tatuaggi, dismorfie antropologiche e funzionali, apparenti disarmonie psichiche ecc.), o additatigli dalle varie autorità, deve inviare in osservazione all'ospedale. Sarà bene fissare dei giorni speciali per la visita di tali dubbii; così pure conviene rimandare tali coscritti eliminabili alla fine del periodo di leva, onde negli ospedali l'osservazione possa essere più protratta e meno pressata dalla folla degli osservandi d'ogni specie che allora ingombrano il reparto. Spetta alle varie autorità additare gli anomali al medico; gioveranno molto una cartella sanitaria, una scheda scolastica, il certificato penale, la cartella dei pregiudicati, come pure atti di notorietà ecc.; ma che tutto ciò debba farsi per ciascun iscritto non so se praticamente sarà utile, in quanto la cartella anamnestica finirá col diventare una delle solite formalità burocratiche, meccanicamente esplicate, e senza troppo affidamento.

Piuttosto le varie autorità, per cura del Commissario di Leva, potranno all'atto della formazione delle liste di leva, informarsi di ciascun soggetto, e far redigere la scheda per gli inficiati. Comunque, tutto ciò vale come additamento; l'eliminazione razionale deve farsi nell'ospedale.

Nè per tutti ciò potrà avvenire; molti in apparenza non rag-

giungono i caratteri delle vere anomalie mentali, per quanto larghi i limiti di esse; molti altri sono utilizzabili, con una disciplina della volontà e delle attitudini lavorative. Nè vi è da scordare il lato opposto del problema, che cioè il servizio militare viene a pesare sui normali, sui buoni, sui perfettamente sani, i quali, col tempo perduto, verrebbero ad essere meno agevolati nelle professioni, nei mestieri, negli impieghi, ed anche nelle competizioni amorose; che un corrivo giudizio di inabilità per anomalia mentale può danneggiare socialmente un' individuo; che, per il fatto che operai delle industrie cittadine, studenti, commercianti, ecc. sono più o meno dei nevrotici, il servizio militare cadrebbe massimamente sui contadini, più sani ed integri; e che, in tal modo, finalmente, viene ad essere favorita la selezione regressiva, specie in tempo di guerra.

Quindi non leggi generali, e provvedimenti burocratici, ma studio personale, ed antropologico-clinico del soggetto. Ciò sopratutto per i delinquenti borghesi: per essi precocità e recidività sono argomenti psicologici di grande interesse, non l' entità della pena, alla cui stregua si attua ora l' eliminazione, e si vuol continuare quale criterio fondamentale nei nuovi progetti di legge. Anche per i recidivi, più volte si tratta di occasionalità ripetute, di debolezza volitiva, o di viziosità educative familiari e sociali, più che di veri delinquenti abituali; come pure la specie del reato è sempre un criterio relativo, ai fini dell' adattabilità al servizio militare, per cui sono massimamente da temere gli impulsivi, gli ipomorali a tipo esplosivo, i vagabondi, gli alcoolisti. — Dunque, è sovrana l' indagine antropologico — clinica degli osservandi, integrata da tutto il corredo sui precedenti ereditarii e personali morbosi, o sociali o scolastici o professionali ecc., che per gli additati si rievocheranno per mezzo di apposito schedario. Ciò nonostante, per varie ragioni pratiche che hanno molteplici cause, molti sfuggiranno, o non appariranno tali ad un esame nella tranquilla dimora ospedaliera; per essi rimane

criterio sovrano il modo di adattarsi all' ambiente, alle nuove attività lavoratrici e disciplinari, e quindi di rispondere alle varie richieste di energie fisichc e nervose che specificamente ad esso rivolge l' aggregato, sforzandoli ad una serie più complessa di azioni intermentali. Qui giova molto l' opera di *dépistage* dell' ufficiale medico del Reggimento che, dal contegno, dai modi di condotta, dalle mancanze disciplinari, dai risultati lavorativi, può desumere il potenziale dei singoli: prevenendo le *déffaillances* può assegnarvi i deboli, gli instabili, i tardi a reintegrarsi, in servizi speciali, poichè tutti possono dare un rendimento utile all' aggregato; altri, disvelatisi assai manchevoli e dismorfici, o che hanno avuto *détentes* improvvise, invierà negli ospedali. Ammaestramenti generali di igiene mentale che egli farà a tutti gli ufficiali e graduati, sia per il trattamento dei deboli, sia per il giusto rilievo delle mancanze, gioverà molto al risanamento della collettività, ed alla prevenzione dei danni.

Per i delinquenti da borghesi, tolti i precoci, gli abituali, i degenerati morali, gli insufficienti, i psicopatici, gli epilettoidi ecc., per gli altri potranno essere utili dei reparti speciali, che possono distinguersi in reparti di punizione, ed in reparti di transizione: comunque, essi avranno il duplice scopo, non di punire, ma di emendare e rieducare, e di meglio permettere l' indagine sui modi di condotta sociale e disciplinare; detti reparti possono anche ricoverare i militari che, per mancanze disciplinari varie, debbono essere allontanati dal vivo delle compagnie, pur non essendo anormali veri, al grado inabilitante: e grado inabilitante noi dobbiamo intendere non solo per lo stato attuale, ma anche relativamente alla difficoltà di rieducazione e di riadattabilità. Di tali reparti potranno giovarsi anche gli alcoolisti, non degenerati, in cui fa difetto la volontà, od il vizio è familiare e d' abitudine, non di tendenza organica; astinenza e disciplina della volontà daranno un sano allenamento psichico, reintegrando il sistema, come si può osservare negli attuali stabilimenti militari

di pena. E potranno pur giovarsi i deboli di volontà ed i maleducati sociali, acquistando l'abitudine al lavoro, l'affinamento morale, il dirozzamento mentale, che li renderà, migliorati cittadini, alla famiglia ed alla società. Per quelli che delinquono nell'esercito, un esame psichiatrico darà il grado di loro rieducazione militare: gli inemendabili scontino la pena in carceri comuni, e qui si modifichi in parte la procedura comune; i riadattabili vadano nel carcere militare. Così, mentre ora i condannati comuni, se chiamati di leva, possono scontare la condanna in reclusorî militari, noi pensiamo che è antiscientifica tale misura generale; essi debbono essere tutti studiati, i delinquenti veri ed i degenerati siano eliminati, e rimandati alle loro carceri, gli altri siano accolti, dappoichê essi sono educabili, e in stabilimenti militari essi sentono meglio la dignità umana, perchè trattati non come delinquenti, ma quali soldati, e da parte di ufficiali amorevolmente teneri della loro personalità psicomorale; — inoltre, cosí sono sottratti al pernicioso contagio dei veri delinquenti, nella dannosa promiscuità delle carceri comuni. Un solo luogo di pena in tal modo basterà; ma esso sia una colonia di lavoro, una sezione di emenda, che, limitando solo la libertà personale, curi la rieducazione del soggetto, per mezzo del lavoro e di una sana disciplina morale. con vantaggio suo, dell'esercito e della società, sempre tenendo presente la funzione sociale che l'esercito oggidì deve svolgere; e che sarebbe più completa se per sua parte la società pensasse ad istituire quei tali stabilimenti intermedi ove accogliere anche i tanti degenerati che noi possiamo, per ciascuna generazione, discoprire ed additare, enormemente facilitando quella che dovrà essere la grande opera di preservazione sociale.

Per ottenere quanto sopra occorre, quindi, di un esame psichiatrico individuale di tutti i prevenuti dei tribunali militari, di tutti quelli proposti alle compagnie di disciplina o per i reparti speciali, di tutti i pregiudicati e condannati prima del servizio

militare. Ma occorre anche la formazione di un nucleo di ufficiali medici specialisti: alla Scuola di Firenze deve essere istituita una cattedra della materia; nell'ospedale di Roma, che ha ricchissimo materiale clinico, deve stabilirsi un corso di perfezionamento, teoricopratico, per gli ufficiali medici versati in queste discipline, i quali integreranno le loro conoscenze psichiatriche con l'assegnazione alle cliniche ed ai Manicomi, e, a turno, per gruppi di ufficiali medici che vi possano acquistare le conoscenze generali della igiene mentale e della psichiatria e criminalità militare. Tale materiale clinico sarà più ricco istituendo una commissione centrale psichiatrica che dia il giudizio su quanti militari sono avviati al Carcere militare, alle compagnie di Disciplina od ai reparti speciali, in essa culminando l'opera di profilassi, ed essa stabilendo se debba aver fine la pena disciplinare per chi ha mancato o delinquito, in quanto, io credo, debba, tale pena, essere pronunziata a durata indeterminata, dentro un massimo, sino a che il soggetto sia ritenuto rieducato.

In ogni ospedale ci deve essere un ufficiale medico specialista, ed un reparto d'osservazione psichiatrica, per l'esame degli osservandi inviati dal Distretto o dal Consiglio di Leva, o dai Corpi, e per il giudizio medicoforense di tutti i giudicabili dei Tribunali militari; esso sarà pure incaricato di conferenze ai medici dei reggimenti, i quali alla loro volta cureranno l'insegnamento delle norme generali d'igiene mentale del soldato, agli ufficiali combattenti e graduati.

Nelle varie Scuole militari e di guerra una cattedra apposita dovrà essere istituita.

Così veramente il medico diverrà l'anima dell'esercito, il grande *méneur* di questa collettività, per il bene delle funzioni militari che sono di difesa della patria, e per il vantaggio sociale, che in modi molteplici può avere scaturigine da questa opera di Medicina politica che noi ci sentiamo chiamati a svolgere infaticabilmente dai tempi nuovi e dalle più recenti con-

quiste della psichiatria quale scienza sociale, in un rinnovato fecondo orientamento del pensiero umano.

La mentalità degli epilettici.

Ho studiato nelle storie cliniche del Manicomio e della Clinica la prima di alcune centuria di epilettici, allo scopo di raccogliere i dati possibili per risolvere il problema dottrinale: in quali condizioni, od in quali forme, l'attacco epilettico deteriora di più, e più rapidamente, la mentalità degli infermi? al quale risponde il problema pratico: quale prognosi noi possiamo fare nei singoli casi, per le condizioni psichiche degli epilettici? e quindi, in presenza di un epilettico, abbiamo elemento per dire alla famiglia che, data la forma e la frequenza e la durata dell'attacco, la mentalità ne soffrirà poco o molto, e l'infermo continuerà nelle sue attitudini lavorativi o sarà prestamente deteriorato nelle attività psichiche? — Lo studio ancora non è ultimato, e quindi mi limito, in questa nota preliminare, a riassumere quello che per ora mi pare si possa pensare sull'argomento.

In genere, ed è risaputo dal Gilles de la T. in poi, le convulsioni psichiche deteriorano di più l'intelligenza, e ciò conferma la teoria della genesi fisiopsicologica lumeggiata dal Roncoroni; così pure si sa che la frequenza degli attacchi è un elemento assai sfavorevole per l'integrità mentale. — Però si trovano non pochi casi che contrastano a queste regole: alcuni con asssenze, vertigini, equivalenze psichiche varie, mantengono in apparenza inalterata la psichicità; altri convulsionarii motorii hanno rapido decadìmento, e taluni anche dopo pochi attacchi, si che ogni volta si riscontra un *déficit* notevole che si sopraggiunge al precedente.

Sicchè parrebbe si possa pensare che non dell'attacco è conseguenza il decadimento mentale, ma della condizione epilettogena, o meglio dello stato psico-nervoso particolare di cui

l' attacco è una espressione, od anche con epifenomeno. — La disintegrazione dei legami intercellulari, o l'alterazione del chimismo o della struttura neurocitica, potrebbe dare da una parte il *déficit* mentale, dall'altra occasionare una manifestazione acuta dei centri motorii o sensorii.

Quello intanto che può dirsi è questo: che quando intervengano altre cause, quali l' alcoolismo, la denutrizione fisica, la fatica, l' alimentazione incongrua e tossigena, la sifilide, gli eccessi venerei, l'insolazione ripetuta, ecc., la convulsione epilettica più facilmente deteriosa la mente, fosse, perchè questa, di già intaccata nella sua tessitura organica, più gravemente risente le azioni di quei varii agenti causali, *indipendentemente* dall' attacco. Così pure vi influiscono in modo vario le ragioni morbose ereditarie, che meglio dispongono il cervello, infralito nella generazione, ai danni dell' attacco; donde la importanza delle note degenerative nell' epilettico, indicanti maggior disquilibrio congenito, e quindi minor resistenza neuropsichica. Un altro criterio potremo trarlo dalla precocità degli attacchi, o dal loro innestarsi su un precedente eclamptico, o da antecedenti meningo-encefalopatici: ma anche qui il deterioramento è in funzioue della morbosa condizione del sistema, anzichè dell'accesso, come lo sono pure, sia le espressioni psicopatiche varie che talvolta si aggiungono nell'epilettico, sia le note frequenti del carattere, nella forma fondamentale dell' epittoidismo.

Laonde, studiando questi varii elementi, dobbiamo per ora concludere che, in fondo, la diversa maniera di comportarsi del cervello dell' epilettico dipende dalla potenzialità originaria, e dalla energia di reintegrarsi nelle perdite e di disintossicarsi dopo la fatica: cioè dalla tessitura individuale; — il resto è sussidiario. E quindi, se l'indagine anamnestica accurata, ereditaria e personale, può esserci alquanto utile per la prognosi; se il numero, la forma, la precocità, la durata degli attacchi possono fornire qualche elemento di giudizio, e se molto potrà giovarci l'esame antropologico,

nevrologico e psichico per rilevare le varie disarmonie e dissimetrie funzionali e morfologiche, il criterio più probativo potremo trarlo da una osservazione prolungata, cioè del decorso della forma in rapporto alle successive condizioni mentali. Cosi il metodo storico - genetico ancora una volta integrerà neccessariamente gli altri metodi d' indagine della Clinica Psichiatrica, sia per il problema della conoscenza, che per i corollarii pratici della prognosi, e della cura degli infermi a noi affidati.

Il Prof. Maiano comunicò un suo studio: « *Le allucinazioni monocoscienti* ».

Il Dott. Tamburini Arr. espose brevemente il tema: « *Sui nuovi metodi di cura della paralisi generale progressiva e della tabe* ».

Il Dott. Fabbri legge il seguente suo lavoro: « *La psicoterapia negli stati neuropsicopatici* ».

Riguardo alla genesi degli stati psicopatici in genere e perciò anche dei neuropsicopatici io mi sento più portato a condividere l' opinione di quelli che ne sostengono l' origine esclusivamente psicologica piuttosto che ad accettare le teorie che pretendono di spiegare tutte le malattie della psiche sulla base di alterazioni fisiologiche più o meno ipotetiche, giacchè i fattori che in essi intervengono sono sopratutto di origine psichica, appartengono cioè alla vita dello spirito, intendendo naturalmente con questa parola non una sostanza immateriale che abita il corpo materiale, ma quel complesso di fenomeni coscenti, idee, immagini, rappresentazioni mentali, ecc. che caratterizzano la funzione più alta del nostro cervello, il pensiero, che le scienze biologiche per quanto progredite ne possono essere i mezzi d' indagine, non sono ancora riuscite a spiegare.

Fermo in questa convinzione, rafforzata anche da diversi anni di pratica durante i quali ho avuto mezzo di riscontrare nella maggior parte dei nevropatici con turbe funzionali, gastriche, enteriche, circolatorie, della motilità ecc. qualche volta anche molto gravi, la deficenza curativa e quasi direi la completa inanità delle cure fisiche e medicamentose più in voga, sono arrivato alla conclusione che soltanto per mezzo della psicoterapia si può arrivare ad ottenere la guarigione completa in questi malati ed a prevenirne le troppo facili ricadute.

Del resto la psicoterapia in senso lato è un concetto che è

esistito in tutti i tempi, e in quasi tutti i trattati di psichiatria oltre a le svariate e numerose indicazioni terapeutiche, fisiche e medicamentose, noi troviamo sempre un' accenno a la cura morale, e più specialmante, quando si tratta degli stati neuropsicopatici.

L' allontanamento del malato dall' ambiente abituale, il suo internamento in un istituto di cura quando le esigenze della malattia lo richiedono, l' isolamento totale durante il quale non gli si permette che la visita del medico e della persona addetta a la sua assistenza, sono delle indicazioni che hanno già in se qualche cosa di psicoterapeutico, ma non bastano da sole; esse rappresentano delle condizioni favorevoli all' applicazione della psicoterapia ma sono lungi dal completarne il concetto e qualche volta non sono affatto necessarie.

Per molto tempo si è creduto e da molti si crede anche oggi, che la suggestione diretta con imposizione verbale a lo stato di veglia o durante il sonno ipnotico, rappresentino dei procedimenti psicoterapici di grande valore, anzi che tutta la psicoterapia si riduca a queste pratiche più o meno misteriose a base di dominazione volitiva con o senza artifici a la Mesmer, ma in realtà esse non hanno a che fare se non molto lontanamente con la psicoterapia nel senso in cui intendo parlare.

Questi metodi prendono di mira i sintomi e non la causa del male, agiscono su le pareti e non su le fondamenta dell' edifizio morboso, sono come la morfina che toglie il fenomeno dolore ma che ne lascia intatta la causa.

Si può, è vero, e qualche volta in assai breve tempo far scomparire con la suggestione a lo stato di veglia o durante il sonno ipnotico tutte le camaleontiche manifestazioni dell' isterismo ed anche le più imponenti, ma esse non sono la malattia che consiste sopra tutto nella *mentalità isterica* che il più delle volte lasciano invariata; ed infatti anche quando le manifestazioni dell' isterismo sono scomparse ed il malato viene abbandonato a se stesso come guarito, il medico che si è servito come mezzo

di cura della suggestione in una qualunque delle sue forme, rimane scettico riguardo a la stabilità della guarigione ed è portato a ripetere il vecchio aforisma: « Semel histerica, semper histerica ».

La vera psicoterapia invece, quella che oggi va acquistando sempre maggior importanza nella cura degli stati neuropsicopatici e che io spero debba sostituire in un tempo non lontano tutti quanti gli inutili e qualche volta anche dannosi mezzi fisici e medicamentosi che servono spesso a rafforzare nel paziente l'idea d'una malattia organica, si prefigge tutt'altro scopo ed agisce con tutt'altri mezzi. Pur non perdendo di vista i fenomeni fisici che qualche volta danno al paziente delle sofferenze insoppostabili alle quali bisogna pure in certi casi ovviare sintomaticamente, prende sopratutto di mira la mentalità psicopatica originaria od acquisita del soggetto che è la causa della sindrome morbosa, e si prefigge di modificarla e di corregerla. Questa mentalità psicopatica che noi scopriamo sempre nei nostri malati anche nei più leggermente colpiti quando ci diamo la pena di esaminarne minutamente il modo di ragionare ed il loro potere di critica, è naturalmente diversa nei diversi individui ed è anche quella che decide della forma morbosa che andrà poi svolgendosi, quando una causa occasionale qualunque fisica o morale provocherà la caduta.

È adunque a correggere questo stato difettoso della mente che deve rivolgere i suoi sforzi la vera psicoterapia, e siccome gli stati psicopatici hanno sopratutto un fondamento illogico ed irrazionale, essa deve avere le sue basi specialmente nella logica e nella ragione.

Il Dubois di Berna si può dire il creatore di questo medico di psicoterapia razionale al quale io mi ero avvicinato *(si licet parva componere magnis)* anche prima d'aver lette e studiate le sue opere che allargarono poi la cerchia delle mie vedute, vinsero in me le prime naturali titubanze e mi decisero ad entrare senza restrizione nella via da lui indicata ottenendo spesso un completo successo curativo anche in certi casi che qualche anno

esistito in tutti i tempi, e in quasi tutti i trattati di psichiatria oltre a le svariate e numerose indicazioni terapeutiche, fisiche e medicamentose, noi troviamo sempre un' accenno a la cura morale, e più specialmante, quando si tratta degli stati neuropsicopatici.

L' allontanamento del malato dall' ambiente abituale, il suo internamento in un istituto di cura quando le esigenze della malattia lo richiedono, l' isolamento totale durante il quale non gli si permette che la visita del medico e della persona addetta a la sua assistenza, sono delle indicazioni che hanno già in se qualche cosa di psicoterapeutico, ma non bastano da sole; esse rappresentano delle condizioni favorevoli all' applicazione della psicoterapia ma sono lungi dal completarne il concetto e qualche volta non sono affatto necessarie.

Per molto tempo si è creduto e da molti si crede anche oggi, che la suggestione diretta con imposizione verbale a lo stato di veglia o durante il sonno ipnotico, rappresentino dei procedimenti psicoterapici di grande valore, anzi che tutta la psicoterapia si riduca a queste pratiche più o meno misteriose a base di dominazione volitiva con o senza artifici a la Mesmer, ma in realtà esse non hanno a che fare se non molto lontanamente con la psicoterapia nel senso in cui intendo parlare.

Questi metodi prendono di mira i sintomi e non la causa del male, agiscono su le pareti e non su le fondamenta dell' edifizio morboso, sono come la morfina che toglie il fenomeno dolore ma che ne lascia intatta la causa.

Si può, è vero, e qualche volta in assai breve tempo far scomparire con la suggestione a lo stato di veglia o durante il sonno ipnotico tutte le camaleontiche manifestazioni dell' isterismo ed anche le più imponenti, ma esse non sono la malattia che consiste sopra tutto nella *mentalità isterica* che il più delle volte lasciano invariata; ed infatti anche quando le manifestazioni dell' isterismo sono scomparse ed il malato viene abbandonato a se stesso come guarito, il medico che si è servito come mezzo

di cura della suggestione in una qualunque delle sue forme, rimane scettico riguardo a la stabilità della guarigione ed è portato a ripetere il vecchio aforisma: « Semel histerica, semper histerica ».

La vera psicoterapia invece, quella che oggi va acquistando sempre maggior importanza nella cura degli stati neuropsicopatici e che io spero debba sostituire in un tempo non lontano tutti quanti gli inutili e qualche volta anche dannosi mezzi fisici e medicamentosi che servono spesso a rafforzare nel paziente l'idea d'una malattia organica, si prefigge tutt'altro scopo ed agisce con tutt'altri mezzi. Pur non perdendo di vista i fenomeni fisici che qualche volta danno al paziente delle sofferenze insoppostabili alle quali bisogna pure in certi casi ovviare sintomaticamente, prende sopratutto di mira la mentalità psicopatica originaria od acquisita del soggetto che è la causa della sindrome morbosa, e si prefigge di modificarla e di corregerla. Questa mentalità psicopatica che noi scopriamo sempre nei nostri malati anche nei più leggermente colpiti quando ci diamo la pena di esaminarne minutamente il modo di ragionare ed il loro potere di critica, è naturalmente diversa nei diversi individui ed è anche quella che decide della forma morbosa che andrà poi svolgendosi, quando una causa occasionale qualunque fisica o morale provocherà la caduta.

È adunque a correggere questo stato difettoso della mente che deve rivolgere i suoi sforzi la vera psicoterapia, e siccome gli stati psicopatici hanno sopratutto un fondamento illogico ed irrazionale, essa deve avere le sue basi specialmente nella logica e nella ragione.

Il Dubois di Berna si può dire il creatore di questo medico di psicoterapia razionale al quale io mi ero avvicinato *(si licet parva componere magnis)* anche prima d'aver lette e studiate le sue opere che allargarono poi la cerchia delle mie vedute, vinsero in me le prime naturali titubanze e mi decisero ad entrare senza restrizione nella via da lui indicata ottenendo spesso un completo successo curativo anche in certi casi che qualche anno

di cure fisiche e medicamentose d' ogni genere non erano riuscite a vincere nè ad attenuare.

Il mezzo di cui la psicoterapia si serve per raggiungere il suo scopo è la persuazione, che non può conseguirsi con delle affermazioni astratte e senza fondamento logico come quello della suggestione in veglia o nel sonno ipnotico che si rivolgono soltanto all' automatismo cerebrale, ma con degli argomenti concreti e fondati sui reperti dell' esame psicologico e fisiologico insieme, e che portano a delle conclusioni in tutto corrispondenti alle leggi della logica e ai dettami della ragione. Bisogna spiegare al malato le cause del suo stato di malattia ed il processo di sviluppo delle sue manifestazioni funzionali, facendogli comprendere chiaramente come stanno le cose ed esercitando il suo raziocinio in modo che trovi egli stesso la verità, bisogna risvegliare in lui la fiducia nelle sue forze fisiche e specialmente morali, fiducia che sarà poi il fulcro su cui poggerà la padronanza di sè stesso che il malato ha bisogno di riconquistare per dirsi guarito e per poter opporre una valida resistenza agli agenti provocatori che si potrebbero ripresentare.

Per poter avere sul malato una vera forza di persuasione, bisogna naturalmente essere persuasi noi stessi di quello che sosteniamo, ed ecco la necessità dal lato del medico di un esame somatico accurato che lo porti ad un esatto concetto diagnostico il quale non lasci nel suo animo nessun dubbio sulla natura puramente funzionale dei disturbi e sulla inesistenza d' una malattia fisica.

Questo esame dev'essere fatto però col massimo tatto e rifnggire da ogni ricerca inutile che può portare il malato, sempre molto suggestionabile, a delle deduzioni pericolose e aggiungere, per pura suggestione, dei nuovi sintomi a quelli preesistenti.

Il medico che usa della psicoterapia deve essere sopratutto paziente ed ascoltare senza mostrare d' aver fretta i lunghi racconti, spesso anche molto prolissi del suo malato, deve confortarlo nelle sue sofferenze che spesso sono veramente forti,

interessarsi a lui e fargli vedere che lo comprende e dimostrarsi con lui un amico, un consolatore, un consigliere spassionato; nel dichiarargli la natura psichica del suo male e la mancanza d'una base organica ai suoi disturbi, deve guardare di non indurre nella sua mente il dubbio d'esser preso per un malato immaginario, e bisogna che il medico acquisti sino dalla prima intervista, che spesso decide dell'esito finale della cura, tutta la fiducia del suo malato.

Qnalche volta, e specialmente nelle forme leggiere e che durano da poco tempo, bastano poche conversazioni psicoterapiche ed anche una sola (io pure registro qualcuno di questi casi fortunati) per riportare il malato alla giusta considerazione delle cose alla *mise au point* come dice il Dubois; ma questi casi non sono troppo frequenti; il più delle volte il lavoro di distribuzione e di ricostruzione ideativa razionale è lungo e faticoso specialmente nei neurastenici con tinta melanconica od ipocondriaca, ed in quelli che hanno in sè il germe di qualche fobia, ed in qualche caso, come ho accennato più sopra, in cui certe manifestazioni s'impongono e possono costituire un pericolo per il malato, noi possiamo esser costretti ad usare anche qualche mezzo medicamentoso; ma bisogna cercare di farlo con molta cautela e senza dare ad esso troppa importanza facendo in pari fempo comprendere al malato che è soltanto per alleviare il sintomo speciale, per diminuire le sue sofferenze presenti che si ricorre a qualche medicina, ma che da essa non c'è da aspettarsi la guarigione che gli verrà soltanto dalla rieducazione della sua volontà.

La psicoterapia razionale può avere tuttavia qualche buon coadiuvante al quale però non bisogna mai attribuire nell'indicarlo al malato, un valore al di là dei suoi meriti, così l'isolamento nelle sue varie modalità, così l'iperalimentazione. L'isolamento parziale o totale rapprssenta in certi casi una vera necessità, ma prima d'imporlo completo, bisogna studiare bene il malato; anche l'iperalimentazione ben diretta può essere utile e qualche volta anche necessaria in quei casi in cui esiste un de-

pauperamento fisico molto pronunziato; bisogna però sempre tener presente il principio che la cura delle malattie deve essere fondata sulla loro patogenesi e che, data la patogenesi della psiconeurosi, la loro cura naturale non può essere che una psicoterapia razionale.

Il luogo e la ristrettezza del tempo non mi permettono una esposizione più ampia del metodo, nè di corredarla come avrei voluto coi risultati che anch'io ho modestamente ottenuto nella mia pratica psicoterapica. In base a quelli però bisogna che dichiari per essere completo che pur restando fermo il concetto fondamentale della persuasione alla quale si arriva soltanto facendo appello alla ragione del paziente ed usando una logica stringente che non ammetta obiezioni alle quali non si possa rispondere adeguatamente, tuttavia bisogna riconoscere che ogni cosa ha le sue indicazioni speciali e che non si possono usare con tutti i malati i medesimi mezzi di persuasione e gli stessi argomenti. Anche nella psicoterapia rimane fermo il principio che bisogna adattare la medicina al malato e non il malato alla medicina; la verità è una sola, ma non è unica la via per la quale vi si può arrivare. Per riuscire a riportare il malato alla padronanza di sè stesso bisogna seguire anche il temperamento suo e le sue tendenze individuali. In qualche malato è il sentimento religioso che può aiutare a raggiungere lo scopo, in altri un altro ideale qualunque, una buona tendenza personale che magari è restata sino a quel momento latente e che possiamo convenientemente sviluppare. Stà nel buon senso e nel discernimento del medico lo scegliere la bandiera da sventolare a seconda dei casi davanti agli occhi del suo malato. Del resto, concluderò col Dubois, poco importa la bandiera purchè si sappia tenere ben alta e che in essa brilli la divisa: Padronanza di sè stessi; insegniamo ai nostri malati a quelli cui è dato comprenderci, insegniamo a far loro propria questa, divisa e i loro mali si dilegueranno ed essi cesseranno di essere quei valetudinari a corpo sano che il mondo, che non li comprende, il più delle volte avvilisce e disprezza.

Il Prof. TREVES: « *Influenza delle applicazioni caldissime al rachide e al capo nella cura di varie malattie nervose e mentali* ».

Le applicazioni calde per via secca alla T°. di 45° al rachide ed al capo praticate per la durata di una o più ore danno risultati favorevolissimi sia negli stati di depressione, sia negli stati di esaltamento, agendo manifestamente come tonico del sistema nervoso nel 1° caso, come sedativo nel caso secondo.

Negli stati di nevrastenia da qualsiasi causa prodotta esse agiscono favorevolmente determinando fin dalle prime sedute un manifesto senso di euforia, che si collega al fatto della cessazione per un certo tempo del senso generale di defaticamento, che rappresenta il sintomo predominante nei loro disturbi.

In generale: Alcuni nevrastenici subito dopo l' applicazione riferiscono come espressione del benessere subiettivo che provano la sensazione di chi essendo affaticato da lungo viaggio abbia preso un bagno tepido-caldo susseguito da massaggio.

Negli stati allucinatorî acuti le applicazioni calde al capo hanno una influenza marcatissima nell' andamento del processo allucinatorio. Fin dalla prima seduta il paziente riferisce un senso di sollievo marcatissimo, in quanto si attutiscono immediatamente le allucinazioni a carattere terrifico, i rombi, i boati, le sensazioni di cascata d' acqua, le voci di minaccia, le visioni di ani-

mali e fantasmi spaventevoli ecc.: ed obbiettivamente si riscontra infatti diminuire quella sordità apparente, che dipende dallo stato di forte distrazione in cui il soggetto si trova, troppo preoccupato per quanto si svolge nel suo mondo interno per prestare attenzione agli stimoli che a lui arrivano dal mondo esterno.

Sopratutto negli stati di confusione allucinatoria dell' alcoolismo, e nel delirium tremens è visibile nettamente l' efficacia delle applicazioni termiche caldissime al rachide ed al capo.

Negli stati allucinatorii cronici, per contrario, sembra che il detto trattamento ne rinforzi la persistenza. Diminuiscono bensì le turbe subiettive dipendenti dallo stato emozionale ad essi concomitanti, ma il contenuto rappresentativo dell' allucinazione sembra concretarsi maggiormente.

I pazienti nei quali si presentava uno stato allucinatorio intermediario, si ebbe campo ad osservare con speciale evidenza quest' azione antitelica che le applicazioni calde al capo esercitano nell' andamento del processo allucinatorio, a seconda che lo si considera sotto il punto di vista dell' elemento emozionale o sotto quello dell' elemento rappresentativo, in quanto addimostrano con le loro espressioni un simultaneo miglioramento per un certo rispetto, un' aggravamento sotto un' altro.

In genere, riferendosi essi alle allucinazioni acustiche, affermano la diminuzione fino alla cessazione delle allucinazioni a tonalità bassa, ma insieme un' aumento fino alla esagerazione delle allucinazioni a tonalità alta.

In quei casi infine in cui predomina lo stato confusionale sopra lo stato allucinatorio gli ammalati esprimono in modo assai difficile a cogliere ed a riferire questa sensazione di miglioramento e di peggioramento funzionale simultanea, la quale molto verosimilmente deve riputarsi in modo analogo per le varie aree corticali: ma trattandosi dell' apparato acustico, in pari tempo che il soggetto afferma ci sentirsi migliorato, come già si disse,

nella propria sordità, lamenta pure il ritorno di quei fischi e fischi che si facevano sentire prima dello sviluppo della loro sordità.

Nella stessa paralisi generale progressiva ebbi modo di constatare effetti di efficacia indubbia per le applicazioni giornaliere del calor secco al rachide ed al capo protratto per più ore di seguito a temperatura sempre esattamente costante.

Merita speciale menzione il capo di un paralitico progressivo già riconosciuto in una prima visita da un collega peritale come aggravatissimo, presentando rigidità pupillare, disartria, disgrafia, abacsia, disbasie, amnesia confusionale mentale ed onnubilazione così grave della coscienza, da non comprendere la gravità delle sue condizioni, in costui per effetto di tale trattamento si ebbe a riconoscere un graduale miglioramento nelle condizioni della favella, tanto da potersi esprimere abbastanza chiaramente, nella disgrafia, tanto da poter scrivere in modo quasi calligrafico, nella deambulazione, tanto da poter riuscire a far nuovamente uso della bicicletta. Però essendosi nuovamente presentato al collegio peritale per il suo ritorno in servizio, e, non ostante il miglioramento impressionante manifestato, non avendo potuto raggiungere tosto il suo scopo, anzi, avendo udito e compreso dal discorso dei medici, che si trattava di paralisi progressiva, utilizzò funestamente le migliorate condizioni della sua coscienza e della sua intelligenza, togliendosi spontaneamente la vita.

Volendo infine cercare una ragione la quale spieghi in modo soddisfacente questa funzione simultaneamente tonica e sedativa che le applicazioni del calor secco esercitano sul sistema nervoso centrale, credo che essa abbia a cercarsi nel fatto di una aumentata attività circolatoria di carattere *arterioso.*

Come nel trattamento delle malattie chirurgiche mediante il metodo della legatura (Bier) va sempre più rendendosi evidente che l'efficacia del trattamento dipende non dalla congestione

venosa, ma dalla iperemia attiva secondaria all' aumento di pressione e quindi di velocità che il sangue arterioso viene ad assumere come reazione all' ostacolo artificiale apposto alla libera circolazione, così nel trattamento delle malattie nervose e mentali le applicazioni del calor secco al rachide od al capo a temperatura assolutamente costante per lunghissima durata e mediante giornaliere ripetizioni, esercitano la loro azione indubbiamente efficacissima, non tanto per il calore che eventualmente possa dalla superficie approfondirsi ai centri, quanto per quell' azione riflessa che esse determinano nelle condizioni della circolazione arteriosa, e le migliorate condizioni di nutrizione così della nevroglia che dei nevroni che rappresentano la logica conseguenza di essa.

E che realmente tale ipotesi meriti speciale considerazione, lo dimostra il fatto che tali applicazioni mentre hanno per se i vantaggi sedativi del bagno caldo generale, hanno in più una manifestazione tonica.

Ed è per questa simultanea duplicità di effetti antitetici in apparenza, disugualmente utili per la nutrizione del sistema nervoso, dell' azione sedativa negli stati di esaltamento e dell' azione tonica negli stati di depressione, che io non esito ad affermare il mio convincimento che questo abbia a venire a rappresentare il metodo fisico praticamente più semplice ed utile per le malattie nervose e mentali.

*
* *

Il TREVES presentò pure altre comunicazioni: « *Delle striature ungueali vascolari e loro patogenesi* ».

L' A. mette in rilievo la presenza di solchi trasversi che si riscontrano sovente sulle unghia, solchi che sono visibili e pal-

pabili; mentre in altri casi sono solamente visibili e queste striature sono allora causate da un anormale deflusso sanguigno nei capillari del letto ungueale.

Da numerose osservazioni ha potuto rilevare che i disturbi dell'attività rigenerativa del tessuto ungueale sono dovuti in *primo tempo con un periodo di rallentamento, in secondo luogo con un periodo di accelerazione rispetto all'attività di accrescimento normale.*

Tali alternative sono frequentl a riscontrarsi nei pazzi ed è più facile nella giovinezza che nella senilità. Riferisce un caso clinico con fotografia delle mani.

Presenta pure un' altra nota: « *Sull' attività di rigenerazione del tessuto ungueale negli alienati* ».

Dalla quale, per osservazioni personali trae la seguente conclusione: gli alienati presentano un cospicuo ritardo nell' attivitá di rigenerazione del tessuto ungueale in confronto degli individui normali.

Infine, sempre sullo stesso argomento, espone un suo lavoro: « *Contributo allo studio delle dissimetrie di accrescimento nelle unghie degli alienati* » In esso tratta estesamente l' argomento sotto questi tre aspetti: 1.° Dissimetrie esistenti nell' accrescimento delle unghie di uno stesso arto; 2.° Dissimetrie esistenti fra l' accrescimento delle unghie degli arti superiori e quello delle unghie degli arti inferiori; 3.° Dissimetrie esistenti nell' accrescimento delle unghia comparando tra di loro gli arti corrispondenti.

Espone quindi 11 casi clinici con fotografie che servono ad illustrare i suoi asserti.

Dott. Gaspare Bergonzoli, vice-direttore del Manicomio Prov. di Voghera. — « *Dell'uso dell'argento colloidale elettrico nelle malattie mentali* ».

L. A. ha praticato iniezioni di argento colloidale elettrico in 5 casi di psicosi decorrenti con sintomi febbrili, quali il delirio acuto e le forme gravi di amenza e di esaurimento.

Senza ottenere alcun esito notevole nel decorrere dei fenomeni psicopatici, tali iniezioni si sono però dimostrate molto efficaci ad abbassare la temperatura e conferire all'organismo la tonicità e resistenza necessaria per vincere il fatale esaurimento che sempre si presenta in tali forme.

In quasi tutti i casi riferiti si è potuto impedire l'insorgere di gravi stati di collasso e raggiungere rapidamente il miglioramento dello stato generale.

Le iniezioni, intramuscolari, vengono praticate nella dose di 10 e 5 cmc. quotidiani a seconda della gravità del caso senza alcun disturbo od inconveniente per l'ammalato. Per avere azione più pronta ed attiva devono iniziarsi al primo apparire dell'ipertermia.

Dott. Prof. A. Morselli di Genova. — « *Sopra l'ipereccitabilità neuro-muscolare nella letargia ipnotica* ».

« La classica dottrina sull'ipnotismo, quale fu concepita da Charcot, ha avuto in questi ultimi anni per opera di Babiniski un fierissimo attacco con la nuova concezione sull'isterismo. Ed ancor l'anno scorso il clinico francese con altre affermazioni più esplicite mirava a distinguere quanto insino ad ora si era su questo argomento ammesso da tutti gli osservatori. I dati fondamentali della sua revisione si possono riassumere nelle tre seguenti affermazioni:

« L'ipnotismo, pur sembrando un fatto reale, ha anche le apparenze di una simulazione ».

« Gli strati ipnotici non posseggono caratteri somatici che la volontà non possa riprodurre ».

« Gli stati ipnotici non sono che complessi di fenomeni pitiatici perchè sono il prodotto della suggestione e scompaiono sotto l'influenza della contro suggestione, cioè della persuasione:

« Queste asserzioni del clinico francese sono in perfetto contrasto coi concetti secondo i quali la Scuola della Salpetriere giudicava l'ipnotismo, cioè come un isterismo artificiale dovuto ad una esagerata suggestibilità che solo in determinati soggetti poteva essere prodotta, provocando perturbazioni fisiche del sistema nervoso. Come i tre stati ipnotici catalessia letargia, sonnambulismo, da essa sostenuti, non sono stati accettati da tutti gli osservatori, così anche i fenomeni somatici fissi, quali i disordini della sensibilità generale e specifica, quelli della motilità,

l' ipereccettibilità neuro-muscolare, ecc. non hanno avuto un unanime contento riguardo alla loro comparsa in una data fase ipnotica, secondo invece ritenevano Charcot ed i suoi allievi. Ne vi è stato quasi disaccordo sulla loro esistenza, pur attribuendoli per lo più ad una particolare condizione patologica del soggetto, precedente alla sua ipnotizzazione (Richer, Pitres, Brimaud, Beruheim, Burot, Crocq, Ochorowicz, Von Schreuk-Notziug, Tamburini, Seppilli, Rumeno e Vizioli, Grasset, ecc.).

« Babinscki nella sua concezione dell' ipnotismo nega che detti fenomeni, tra i quali l' ipereccitabilità neuromuscolare, esistano. È vero però che Levi ha recentemente confermata l' esagerazione dei riflessi muscolari e tendinei in soggetti isterici immuni da qualsiasi malattia organica: affermazione di tanto maggior valore quanto più espressa da chi era stato già sostenitore della nuova teoria.

E dell' ipereccitabilità neuro - muscolare dirò io pure in breve, avendo avuto non solo la fortuna di avere un soggetto ipnotizzabile ma di essere stato il primo a rilevarla.

Si tratta di un ragazzo quindicenne, commissionario, un vero degenerato, disaffettivo con stati spontanei di sonnambulismo notturno. Un collega, riconosciutolo quale soggetto facilmente ipnotizzabile, me lo ha inviato. Aggiungo che il collega era riuscito solo a produrre nel giovanetto uno stato di letargia, nella quale subito cadeva non appena era addormentato, e mai aveva ricercato i fenomeni che ho potuto dopo riprodurre per per la prima volta.

« Nella letargia flaccida è stata sufficiente una lieve pressione dei lombi per provocare una catalessia tipica: catalessia che dopo si riproduceva ogni volta che eccitavo leggermente la medesima regione. Noto per incidenza che in siffatto stato mancavano totalmente i riflessi muscolari e tendinei.

« La stimolazione anche leggiera dei nervi del braccio produceva alla mano i movimenti corrispondenti alla azione fisiolo-

gica del nervo eccitato; e questo anche quando la pressione avveniva alla doccia cubitale, alla regione posteriore del braccio, ecc., poichè, comprimendo leggermente il radicale ed in corrispondenza del tricipite, si aveva una estensione dorsale delle dita della mano, con abduzione, ecc. Non ho avuto sempre in modo completo le tipiche positure della mano, come sono raffigurate nel lavoro famoso di Richer, ma mai ho veduto avvenire una contrazione di un muscolo in territorio diverso da quello innervato dal nervo, su cui agivo. Così un lieve contatto alla glabella provocava una contrazione del sopraccigliare e dinnanzi al condotto uditivo esterno produceva una contrazione dei muscoli del corrispondente lato del viso; uno stimolo sul quadricipite femorale dava estensione della gamba e sui muscoli della Sura la flessione plantare del piede. Insomma nervi principali degli arti, ed i muscoli con azione visibile reagivano in modo vivacissimo alle mie stimolazioni.

Siffatti fenomeni si sono a poco a poco raffinati col ripetere delle prove; ma, in questo perfezionarsi, se appare l'azione volitiva del soggetto forse, nulla toglie alla loro genuinità quando per la prima volta io li ho prodotti. Le obbiezioni infatti che potettero essere rivolte, si compendiano in una sola: la simulazione.

Può avere simulato il giovanetto? Anzitutto egli non aveva nessun interesse a questi esperimenti, che anzi vi veniva così mal volentieri che la madre lo doveva obbligare ed accompagnare fino a me.

Nessuna teatralità poi presiedeva le nostre sedute, poichè eravamo noi due soli nella camera dove venivano fatte le prove.

Non è facile invero riconoscere la simulazione in uno stato ipnotico e solo si può per via di induzione giungere se non ad escluderla in modo assoluto a renderla per lo meno assai poco probabile. Ma la maggiore difficoltà per siffatto accertamento che il mio soggetto, cioè, fosse persona già malac-

cortamente istruita in tali fenomeni da un precedente osservatore e che perciò i sintomi offerti non fossero che riproduzione di altri già prodotti, deve essere esclusa da quanto sopra ho detto. Egualmente da respingersi è il dubbio che egli possedesse tali nozioni anatomo-fisiologiche da reagire volutamente ed in modo esattissimo nei vari muscoli dipendenti da questo o da quel nervo stimolato. È opportuno ricordare a questo proposito che Delboeuf. non era riuscito ad ottenere questi fenomeni evidentissimi nemmeno in quei soggetti, ai quali insegnava in quale modo dovevano contrarre muscoli sotto le diverse eccitazioni nervee. Il che prova quanto occorra conoscere un fenomeno per poterlo simulare e come questa conoscenza debba essere tanto più profonda quanto più il fenomeno corrisponde a particolari reazioni fisiologiche ed avviene con modalità non facilmente note ai profani.

Babinski afferma che l' ipereccitabilità neuro-muscolare non è una reale ipereccitabilità dei nervi o dei muscoli, poichè, se fosse vera, dovrebbe dare i medesimi fenomeni che si osservano sotto l'azione dell'elettricità, cioè dovrebbe produrre fenomeni indipendenti dalla volontà. All'obbiezione sua posso rispondere con un' altra domanda, spostando relativamente al caso osservato, la questione: come è spiegabile allora che il soggetto reagisca ad ogni stimolazione per l'appunto con quei muscoli che corrispondono al nervo stimolato?

« Se l' eccitamento di un muscolo o di un gruppo muscolare ad azione ben netta (quadricipite, muscoli della sura, sopraccigliare, ecc.) può dare adito al sospetto di un moto volontario nell' ipnotizzato il quale, contraendo quel muscolo compie per l'appunto quel movimento che noi erroneamente possiamo attribuire alla stimolazione (ed egualmente si potrebbe dire per il nervo facciale, il cui stimolo, dando una sensazione cutanea, può fare produrre una smorfia analoga a quella provocata, ad esempio, da una mosca molesta che si posi nel mede-

simo punto del viso in una persona normale), non così è spiegabile la ragione, per cui l'eccitazione di un nervo determini effetti nei muscoli lontani, da esso innervati. Nel mio soggetto, supponendo una simulazione, lo stimolo esercitato sul nervo radiale in corrispondenza del tricipite brachiale, avrebbe dovuto dar luogo ad una contrazione solo di questo e non già ad una estensione delle dita con abduzione della mano, ecc.: la quale azione indica un diffondersi più o meno uniforme dell'eccitamento lungo il nervo fino alle sue lontane diramazioni.

« Supponiamo ancora che il soggetto possa avere udito parlare di siffatti fenomeni da altri individui, già stati a loro volta sottoposti a queste esperienze. Si deve perciò ritenere che discorsi banali, fatti a titolo di curiosità tra persone dalla mentalità corrispondente alla sua, possono averlo perfettamente istruito sul trucco da eseguire? Questi fenomeni non sono come le polimorfi crisi isteriche, nelle quali l'imaginazione dell'ammalata apporta un contributo tutto suo particolare, ma rappresentano altrettante leggi di fisiologia e di anatomia.

Sono siffatte reazioni a distanza quelle che più forte si oppongono alla interpretazione del fenomeno come voluto dal soggetto, imperocchè implicano una somma di nozioni anatomiche e fisiologiche incompatibili come i soggetti incolti, con cui si opera. La presumibile veridicità loro rende possibile ammettere quali fatti reali anche quelli che avvengono nei singoli muscoli.

Escluse così tutte le cause che potevano indurre il soggetto a simulare, appare assai verosimile la reale esistenza dell'ipereccitabilità neuro-muscolare, tanto più se si considera che si è rivelata nettissima in individuo immune da qualsiasi influenza suggestiva.

Non intendo affatto di generalizzare quanto mi è stato possibile osservare. Mi limito invece a ritenere che in alcuni soggetti ipnotizzati, all'infuori di ogni simulazione e di ogni forma organica, esista molto probabilmente l'ipereccitabilità neuro-muscolare.

Mondio G. — *La psicosi nei traumatizzati Messinesi del 28 Dicembre 1908.*

Dallo studio di 110 casi di Psicosi traumatiche rilevati nei superstiti messinesi, in dipendenza del terremoto del 28 Dicembre 1908, l' A. viene alle seguenti conclusioni.

I. — Che i casi osservati si son potuti nettamente distinguere: in confusioni mentali (20 casi) psicosi neurasteniche (30 casi); psicosi epilettiche (12 casi); lipemanie (2 casi); frenosi sensoria (13 casi) e paralisi generali progressive (3 casi).

II. — Che tanto nei casi di confusiòne mentale, di psicosi isterica, neurastenica, ed epilettica, quanto in quelli di lipemania, di frenosi sensoria ecc, più che il semplice trauma fisico, ha avuta azione oltremodo deleteria, pei centri cerebrali, il trauma psichico, potendosi avere, per il solo schok psichico, financo dei casi terminati in demenza.

III. — Che la durata e gli esiti delle psicosi traumatiche osservate, stanno in rapporto, sopratutto, all' azione più o meno violenta dell' emozione subita, aggravati dalla predisposizione individuale dei centri nervosi.

IV. — Che le psicosi traumatiche, in cui ci è stato il predomio dello schok psichico, scoppiano a poca distanza del trauma subito, divenendo sempre più rare mano mano che si allontanano dall' epoca del disastro; a differenza di quelle in cui ha predominato il traumatismo fisico, pel quale così frequente, invece, si registrano, da tutti gli autori, le forme tardive.

V. — Che il maggior numero delle psicosi traumatiche incontrate, mentre ricordano il concetto di quei psichiatri, specie italiani, che ritengono il fattore affettivo quello che agisce sulle sorti dell' intelligenza, in tutte le grandi calamità pubbliche (terremoti, incendii ecc.) guastandone facilmente le funzioni cerebrali, o per l'aumento dei veleni normali, o per modificazioni delle loro qualità, o per l'abnorme dinamismo del cervello che ne soffre maggiormente l' effetto; dall' altra ci additano come, la indagine sulla patogenesi di siffatti processi psichici traumatici, rimane ancora nel campo delle ipotesi.

G. Funaioli. — *Organizzazione del Servizio medico-psichiatrico nell'esercito.*

I.

L' assistenza psichiatrica militare va assumendo importanza maggiore, sia in tempo di pace che in quello di guerra.

Rimanendo per ora nel primo punto di vista ed osservando le statistiche delle malattie mentali dei principali eserciti europei, si rileva come, malgrado tutti i più larghi provvedimenti selettivi che si è usi a prendere per tenere lontani dalla compagine dell'esercito i più predisposti alle neuro-psicosi ed alle psicopatie, le malattie mentali nell'esercito Francese da 0.38 °/₀₀ di effettivo che erano nel 1890, salirono gradatamente fino a 0.64 °/₀₀ nel 1904 (Antheanue e Roger) si rileva pure che le psicopatie, che nell'esercito germanico erano nel 1890, 0,40 °/₀₀, salirono a 1.10 °/₀₀ nel 1904 (Becker) e che le psicopatie, che nel 1890 erano nell'esercito italiano 1.7 °/₀₀, ascesero nel 1904 a 4.37 °/₀₀ (Consiglio): quindi aumento concorde di psicopatici nelle statistiche più recenti degli eserciti europei, aumento che consiglia a organizzare, nell'esercito, questo ramo di servizio sanitario: d'altronde il numero sempre crescente di perizie psichiatriche, ordinate dai Tribunali militari territoriali, esige una migliore sistemazione di questa branca di servizio, sistemazione che fu reclamata, già, da Cognetti, da Roncoroni, da Schultze, da Giani, ecc.

Tre condizioni a tale uopo dovranno essere soddisfatte:

a) educazione psichiatrica sempre più estesa nei medici militari;

b) istituzione di un corpo adatto di sorveglianti-infermieri;

c) organizzazione di comparti psichiatrici, almeno presso quegli ospedali militari, che hanno sede nei comandi di corpo d'armata.

Rispetto alla prima condizione, non fa duopo ricordare come su essa, in altri congressi, si sia insistito, tantochè nelle sfere ufficiali si è cominciato a riconoscerne tutta l'importanza.

Riguardo al secondo postulato, credo necessario, nell'interesse della specialità del servizio, la creazione di un corpo particolare d'infermieri, reclutati con cura speciale, per i quali si dovrà istituire una carriera tutta particolare.

In relazione al terzo postulato, debbo dire che il Generale Medico Ferrero di Cavallerleone, attuale Ispettore Capo di Sanità Militare, aveva già incluso nel suo progetto di costruzione del nuovo Ospedale Militare di Torino, fatto nel 1906, allorchè era Direttore di Sanità del I. Corpo d'armata, la proposta di istituzione di sale psichiatriche, per l'osservazione di iscritti di leva di militari giudicabili ecc.

Sarebbe mia personale opinione di edificare, a scopo di osservazione, comparti psichiatrici separati, ma attigui agli ospedali militari, comparti che dovrebbero rappresentare dei manicomii in miniatura: in essi quindi i militari pazzi, o presunti tali, dovrebbero rimanere per il tempo strettamente necessario a emettersi la diagnosi clinica, dopodichè costoro dovrebbero essere o inviati in manicomii civili, o allontanati per altri provvedimenti.

Il comparto dovrebbe avere un piano terreno e un primo piano.

Nel piano terreno troverebbero posto (oltre alla stanza di trattenimento per i malati, e ad altre stanze per il medico, per i graduati di servizio) alcune camere d'isolamento sia per i malati inquieti, sia per i militari sottoposti a giudizio.

Nel piano superiore costruirci due dormitorii, uno per i tranquilli, l'altro per i semi-tranquilli; più un dormitorio di pochi letti per i malati febbricitanti.

L'ampiezza dei comparti è, naturalmente, subordinata al numero variabile degli psicopatici delle varie divisioni militari: il

tutto dovrebbe essere costrutto conforme alle regole igieniche più scrupolose e corredato del necessario riguardo ai mezzi di diagnosi, di terapia, di sicurezza, ecc.

Per i servizii generali, per il vitto, il comparto dovrà essere fornito dall'ospedale militare: un giardino, in cui i malati dovrebbero essere occupati, completerà il comparto.

Quanto al personale di servizio, vi è bisogno di un medico abilitato nella psichiatria e di varii infermieri pratici di malati di mente.

II.

L'assistenza psichiatrica, che urge in tempo di pace, non è meno necessaria in tempo di guerra. Se con una diligente selezione ed eliminazione, praticate fino dal tempo di pace nelle migliori condizioni d'ambiente e da un personale tecnicamente preparato, si è riusciti a mettere fuori dai quadri dell'esercito un buon numero di individui, i più predisposti alle psicopatie ed anco alle reazioni criminose, rimarrà nelle sue file un certo numero di soggetti, i quali per le condizioni della guerra, specie moderna, dovranno fare ai conti, sul terreno del combattimento, con un complesso di fattori di debilitazione, di esaurimento, sia psichici, che fisici.

L'ultima guerra russo-giapponese mise, ancor meglio in rilievo, la maggiore frequenza in guerra, che in pace, delle psicosi che Stier calcola al 3,50 °/₀₀ dell' effettivo, ma che altri (Iacoby, Gottwald), calcolano al 4 e più per mille.

Non credo che convenga istituire in prima linea, cioè nella zona del combattimento, stabilimenti psichiatrici, come fecero i Russi nell'ultima guerra col Giappone, poichè è impossibile, sotto il rombo del cannone e al colpo di fucile, di potere effettuare cure per malati di mente, che abbisognano specie di riposo e di quiete, almeno relativa.

Il compito del sanitario, in prima linea, sarà quello di far trasportare i pazzi lontani dal rumore bellico coi mezzi più celeri di locomozione.

Sul fronte della seconda linea, che è assai lontana dal teatro delle ostilità, potrei convenire coi Russi, di istituire ricoveri psichiatrici per i pazzi che per il loro stato morboso non tollerano lunghi percorsi, quando il territorio della seconda linea fosse molto esteso e quando in esso non si trovassero già edificati ospedali psichiatrici.

Gli eventuali ricoveri da istituirsi dovrebbero contenere, ciascuno, 30-40 persone inferme, dovrebbero essere suddivisi in varie camerette secondo la natura delle malattie ed anche secondo le esigenze gerarchiche: di essi ogni armata dovrebbe contare, almeno, due, se si devono accogliere come vere le proporzioni di Stier sulla frequenza delle psicopatie in guerra.

Lungo le estese linee di tappa è necessario istituire, sempre quando difettassero i manicomi, infermerie speciali, che abbiano l'organizzazione ed il personale dei piccoli manicomi, e potessero ricevere quegli alienati, che durante il trasporto in patria, fossero peggiorati nelle condizioni mentali e diventassero intrasportabili. Lo sgombero dei pazzi dalla seconda zona fino alla terza, cioè in patria, potrà farsi cogli ordinarii mezzi di trasporto degli ammalati-feriti, colla precauzione però che nei treni sanitarii, nei piroscafi, nelle tramvie, ecc. sieno scompartimenti speciali con adatti sorveglianti-infermieri e con idoneo personale medico.

Questi provvedimenti, sì molteplici, reclamano una cordiale collaborazione tra alienisti civili e militari nell' interesse di un servizio così particolare, e così elevato sia dal punto di vista umanitario che militare.

Dott. Carlo Goria del Manicomio di Ancona. — *Assistenza domestica sussidiata degli alienati in Provincia di Ancona.*

Il progressivo affollamento che va ogni giorno più accentuandosi negli istituti Manicomiali, con notevole aggravio economico della Provincia ed intralcio nel regolare andamento dei servizî interni, ha condotto gli alienisti di tutti i paesi a diffondere i mezzi d' assistenza extramanicomiale degli alienati cronici, tranquilli; mezzi che la nuova legge ed il nuovo regolamento di stato, in opportuni articoli sanciscono e facilitano. In molti manicomî questa assistenza extramanicomale venne facilmente diffusa, e già da tempo è in uso: cito ad esempio il Manicomio di Reggio Emilia, quelli di Lucca e di Arezzo nei quali queste forme di assistenza diede buone prove, con vantaggio notevole tanto degli alienati che delle amministrazioni.

Tuttavia questo mezzo, che presenta dei vantaggi indiscutibili, ridando agli ammalati una relativa libertà ed anche una maggiore soddisfazione morale di vivere, non è ovunque attuabile. Nella provincia d' Ancona l' esperimento più volte tentato corrispose così male da obbligare a sospenderlo.

Le ragioni sono forse diverse: in gran parte esse sono inerenti alla posizione stessa del Manicomio, cioè al fatto che questo istituto trovasi troppo vicino alla città, e più specialmente direi, vicino ad una città in modo quasi assoluto industriale e commerciale, i cui abitanti per la massima parte operai e facchini, non posseggono le condizioni e le qualità necessarie da

renderli adatti a sorvegliare gli ammalati. Una primissima importanza ha inoltre la scarsa elevazione morale della popolazione, che non crediamo capace di rendersi conscia della responsabilità che si assume e facile troppo a trasformare la condizione di un tutelato in quella di uno sfruttato. Ed è tanto vera quanto io affermo che, anche dementi innoqui e tranquilli che noi abbiamo cercato di affidare come servi e come facchini, a famiglie di condizione sociale discreta, non hanno potuto resistere sia per le esagerate fatiche cui venivano sottoposti, sia ancora pel facile abbandono, nel quale trovarono troppo facilmente modo di dedicarsi agli abusi alcoolici tanto comuni in questa provincia.

Questo per l'assistenza eterofamigliare. Data tuttavia la necessità di provvedere in molti casi a dimissioni precoci, notoriamente utili in certe forme mentali, l'assistenza omofamigliare è assai più opportuna e facile; più tranquillamente può venire da noi messa in pratica, perchè i legami d'affetto esistenti tra il malato ed i famigliari, danno garanzia dei riguardi e delle cautele che è necessario usare. Però dall'uso passare all'abuso, nulla vi è di più facile: accade difatti spesso che, quando ad individui dimessi viene tolto il sussidio, date le condizioni normali, le famiglie stesse, abituate a ricevere quella sommetta tutti i mesi, di malavoglia se ne stacchino ed è facile che a mezzo di protezioni e raccomandazioni riescano ad ottenere la proroga oppure a far riammettere il malato in Manicomio.

È di prima necessità quindi che anche per ciò che riguarda i sussidî per un'assistenza omofamigliare, la sorveglianza dei sanitari dell'Istituto sia diretta e continua, ciò che invece non avviene nelle nostre ed in altre provincie.

Sappiamo tutti che non sempre si può dare completo affidamento alle dichiarazioni dei medici condotti, che pressati da persone influenti ed annoiati dalla clientela, timorosi pure di assumere delle responsabilità, facilitino spesso le ammissioni in Manicomio o proteggono in qualche altro modo le famiglie dei sussidiati, con danno evidente ad altri ammalati più bisognosi.

Per queste ragioni mi parrebbe che l'assistenza omofami-

gliare per corrispondere completamente allo scopo che si propone, necessiti di alcune modificazioni per nulla complicate e facili ad essere poste in attuazione. Sarebbe cioè indispensabile che direttamente dai sanitari dell' istituto manicomiale dipendesse la sorveglianza di questi ammalati affidati alle cure della propria famiglia: questo per mezzo di visite inattese ed improvvise, visite che abbiano lo scopo oltre che di vigilare sul modo con cui la famiglia soddisfa gli impegni assunti, anche di tenersi al corrente delle modificazioni dello stato mentale che nell' ammalato si possono eventualmente verificare, onde essere in grado di dare un giudizio sopra l' opportunità o meno di mantenere il sussidio, oppure di far ricoverare l' ammalato, nell'istituto.

Questo, come ho detto poco fa, non parmi di difficile attuazione.

Il Dott. **Pighini G.** nel suo tema — « *Il Ricambio purinico negli epilettici* » si propone di studiare come si comportano nell'organismo dell'epilettico i vari elementi che ne costituiscono il ricambio nucleoproteico, e più specialmente studiare il ricambio così deito *esogeno* e quello *endogeno*.

Dalle ricerche compiute trae le seguenti conclusioni:

I. — Il bilancio azotato, negli epilettici da lui esaminati, è difficimente conservato, generalmente si osserva ritenzione di azoto nei periodi intervallari, e maggiore eliminazione nei periodi durante e postaccessuali.

II. — La creatinina subisce un aumento di eliminazione nei periodi accessuali.

III. — La ammoniaca aumenta notevolmente e costantemente nei periodi dell'accesso ed immediatamente successivi: parallelo con esso si osserva l'aumento degli acidi solubili ed estraibili in etere.

IV. — Il rapporto $\frac{\text{N. di H. 3}}{\text{N di amino-acide}}$ si mostra in notevole aumento nei periodi accessuali e postaccessuali.

V. — L'acido urico, colla dieta somministrata assai scarso nelle urine, aumenta in modo evidente nei periodi accessuali; fu anche osservato in un caso un notevole aumento precedente di qualche ora all'accesso.

VI. - Le basi xantiniche, come l'acido urico, subiscono un

aumento nei periodi accessuali, i valori minimi di $\frac{\text{N di acido urico}}{\text{N di basi xantiniche}}$ si riscontrano prevalentemente nei periodi intervallari agli accessi.

VII. — Il ricambio purinico esogeno è rallentato.

In una contemporanea serie di ricerche l' A, ha sperimentato col metodo polarimetrico la attività enzimatica della nucleosi del siero su soluzioni titolate di acido nucleico Merck ; ed ha avuto per risultato che la nucleosi nel siero degli epilettici si presenta poco attiva nei periodi intervallari agli accessi, ed aumenta, spesso notevolmente, di attività nel periodo accessuale ed immediatamente postaccessuale. Anche questo dato quindi riconferma il rallentato ricambio nucleinico, già messo in luce dalle ricerche analitiche sulle urine.

Il Dott. **Falciola** presenta una nota riassuntiva sull' « *Attività motoria volontaria in alcune forme di malattia mentale* ».

Le ricerche sperimentali, iniziate sin dallo scorcio del 1909 allo scopo di portare una qualche luce al complesso problema psico-fisico dell'andamento del lavoro muscolare volontario, furono a noi suggerite dal compianto prof. *Z. Treves,* che nel loro svolgersi ci è stato ancora largo di consigli e di assistenza (1).

Lo studio verte particolarmente su malati di alcune forme di alienazione mentale: soltanto ci siamo rivolti a persone normali (infermiere) quando si è trattato di stabilire dei dati di paragone, che valessero ad illuminare risultanze oscure di esperimento.

L' ergografo usato fu quello di *Mosso,* modificato dallo stesso *Treves.*

Qui ci limitiamo ad una esposizione riassuntiva di dati e conclusioni:

1.° L' impulso volitivo nel lavoro muscolare, non si deve considerare, come alcuni Autori, una quantità suscettibile d' indagine puramente fisiologica, una quantità fisica autonoma graduabile per sè stessa, o in altre parole una energia le cui variazioni costituiscano qualcosa di capriccioso, arbitrario, che possa o no intervenire a caso: ma bensì la risultante di tanti adattamenti del nostro volere allo scopo di superare determinate difficoltà; adat-

(1) Di recente il prof. *Treves* le preannunciava in una recensione nel-l'*Archiv für die Gesamte Psychologie* (Bd. 3. Heft. 1911) a proposito di un articolo sull' argomento, pubblicato da *K. Weiler* nei *Kraepelin's Arbeiten* (V. Bd. 4. Heft. 1910).

tamenti però di cui non si ha un ricordo consapevole distinto, ma che si congloba tutto, quasi in un' abitudine nostra, a quel particolare genere di lavoro muscolare.

2.° Non esiste di norma traccia di *funzione difensiva automatica della fatica* contro il danno del sopralavoro. L'organismo funziona in guisa tale da dissimulare, per così dire, a sè stesso, per mezzo di meccanismi complicati, l'apparizione della fatica, con l'elevare gli effetti utili della sua attività: l' impulso sovente s' intensifica, il ritmo sempre si accelera.

Le nostre numerosissime esperienze hanno dimostrato, nel modo più luminoso, questa insufficienza dell'organismo a valutare la diminuzione graduale delle proprie attitudini al lavoro e ad assicurare l' impiego più economico delle nostre energie, già intravista ed affermata da *Treves.*

3.° La curva dei valori ritmici da noi ottenuta nei normali (infermiere) e nei malati di mente (fasi antagonistiche della frenosi maniaco-depressiva e stato interaccessuale, demenza precoce con segni di catatonia) sostanzialmente non muta.

Consta, di solito, di due fasi: la prima, che tende all' uniformità, varia, nella lunghezza di decorso, col ritmo iniziale assunto, col peso, ed indipendentemente da questi fattori, con la mutevole predisposizione dell' individuo al lavoro *(Arbeitsbereitschaft),*

In un lavoro eseguito con pesi sopramassimali ed in peculiari condizioni organiche (quali la stanchezza, l' ingestione recente di nervini) la prima fase può mancare affatto: allora il ritmo si accelera immediatamenie e si presenta un' unica fase nella curva di velocità, fase ascendente. Anche in queste altre circostanze la sensazione di sforzo *(Gefühl der Anstrennung)* si precisa assai tardi nella coscienza del soggetto, che a volte chiude il lavoro per la soverchia frequenza di moto impressa al mobile, appena avvertendola.

La curva dell'accelerazione non è interrotta nè dalle brevi pause, nè dai ritmi per breve tempo comandati.

Lungo il decorso presenta diverse oscillazioni, irregolari, di cui le maggiori, anzichè occasionali, sembrano in rapporto con processi normali ben definiti. Non è raro di rilevare sul principio della curva un vertice, seguìto da una rapida caduta: ciò anche a muscolo fresco e con peso che dovrebbe assicurare il lavoro in regime permanente (peso ottimo). Tal fatto dell'assunzione spontanea di un ritmo eccessivo, più favorevole alla produzione di lavoro che all'economia dell'energia nerveo-muscolare, significa anche da parte sua, non essere punto la facoltà di governare il ritmo una difesa sufficiente per l'organismo *(Treves)*. S'incontrano altre cause che possono provocare l'acceleramento del ritmo: così l'accorgersi che il lavoro diminuisce a motivo della fatica, o il desiderio di compensare in un periodo successivo la diminuzione del lavoro avvenuta per cause occasionali disturbatrici.

Queste particolarità della curva ritmica furono rintracciate e descritte, credo pel primo da *Treves*, il quale, comparando poi le curve del lavoro muscolare con le curve del lavoro mentale da *Kraepelin* e dalla sua scuola studiate, veniva a trarne acute analogie, contrapponendo, ad es., la funzione accelleratrice del ritmo all'*Antrieb*, accentuazione della tensione volitiva *(Willensspannung)*. Un Primo *Antrieb* suole aprire la curva del lavoro mentale; altri si succedono pienamente corrispondenti alle grandi oscillazioni nelle curve motorie, di cui or ora abbiamo fatto cenno *(Müdigkeitsantrieb, Störungsantrieb)*.

Il *Treves* completava l'interessante parallelismo, descrivendo ancora nel lavoro muscolare un fenomeno analogo alla « *inerzia psichica* » e quella stessa *Arbeitsbereitschaft*, che più sopra abbiamo avuto modo di nominare.

Le cognizioni di psicologia sperimentale fin oggi acquisite nascondono l'essenza e della funzione acceleratrice e dell'*Antrieb*:

forse le oscillazioni nella funzione volitiva si identificano con le oscillazioni di tono dell'attenzione *(Treves).*

A noi sembra che le numerose curve raccolte in immediata ascensione, corrispondano all' *Ermüdungsandrïeb di Kraepelin* nel lavoro mentale e parimenti si debbano interpretare.

4.° La facilità nell'assumere un dato ritmo varia grandemente da individuo ad individuo, in quella maniera che, indipendentemente dalla forza propria muscolare, varia l'energia con cui il movimento di flessione è compiuto, e quindi l'effetto utile che se ne trae. Il ritmo lo si direbbe *personale:* abbassa o sale co modificarsi delle resistenze opposte, ma le oscillazioni si muovono in un ambito ristretto.

5.° Nel lavoro muscolare il ritmo comandato non è mantenuto ugualmente da tutti: l' ipomaniaco, ad es., inclina ad accelerarlo, il depresso con intoppo a rallentarlo ; e ciò tanto più riesce evidente, quanto più, nel primo caso, il ritmo segnato dal metronomo è debole e, nel secondo, è forte. Invece nei dementi precoci con sintomi di catatonia, lo stimolo acceleratore, qualunque sia la tonalità affettiva dominante, sempre risulta presente e in singolar modo spiccato.

Nel lavoro muscolare con ritmo spontaneo ogni nostro soggetto, infermo di mente o sano, ha mostrato di possedere oltre di un ritmo, una curva di acceleramento *personale,* curva che ricompare nelle successive esperienze eseguite in diverse condizioni meccaniche di lavoro.

Se, come abbiamo detto, mancano differenze sostanziali fra curve di lavoro e di ritmo ottenute dalle persone normali e dalle pazienti prese in esame; esistono però dati differenziali, che riterremo secondari, ma che non per questo tralasciano, almeno in parte, di destare forte interesse.

Nella fase di eccitamento (ipomania) il ritmo iniziale è più alto, in genere meno disciplinato, non cangia, a parità di resi-

stenze esterne, la durata del lavoro: l'energia di contrazione rimane esuberante sino alla fine dell' esperienza, quando sembra esaurirsi di colpo.

Nella fase depressiva (studiata nella medesima inferma) il ritmo è più basso e nel suo decorrere più regolare; l'energia di contrazione decresce in ultimo man mano.

Poche ed incerte le differenze rilevate fra le curve ritmiche ottenute nel periodo d' intervallo e di depressione: fuori dall'accesso, la malata lavorava più volontieri, più liberamente, forse più a lungo e con maggiore profitto.

In un solo caso (stato misto di eccitamento depressivo) la curva dei valori ritmici ha offerto un andamento particolare.

Il primo tratto, uniforme, di regola vi è soppresso: sono distinguibili invece due fasi, escendente la prima, l'altra discendente; quella manca allorchè il lavoro è eseguito con pesi sopramassimali. L' utilità del lavoro non vien meno durante lo svolgersi dell'osservazione, che anzi, a periodi brevi e disuguali notevolmente si accentua. Tutta l'attenzione della operante sembrava convergere a conservare valido l' impulso, grande il rendimento del lavoro; ed è a questo fatto che noi ci siamo riferiti per spiegare la inattesa progressiva depressione del ritmo.

Ma le curve più caratteristiche erano da noi raccolte in due dementi precoci con chiare manifestazioni di catatonia.

Sia nell'una che nell'altra malata il ritmo assunto risultava, come mai avevamo osservato, eccessivo; subitamente la sua frequenza saliva a toccare (anche con pesi leggeri) cifre sbalorditive (147 sollevamenti al m'); l'energia nervea-muscolare si scaricava tumultuosa, disordinata; l'effetto utile spesso fortemente decresceva. La frequenza dei ritmi soleva interrompere l' esperimento. E poichè tali caratteri tipici e sicuri sempre ricomparvero, esagerando coll'aggravarsi del disordine catatonico, fummo indotti a definire una simile curva, *curva catatonica*.

Era interessante per noi poter riprodurre in un soggetto normale un fenomeno che a questo si avvicinasse. All'uopo abbiamo scelta una infermiera, bene allenata, e l' abbiamo posta all'apparecchio, in condizioni di assoluto riposo muscolare, dopo una degenza a letto protratta per oltre 24 ore. Il ritmo raccolto nel lavoro volontario seguì la consueta traccia: ritardati la comparsa del senso di sforzo ed il cominciamento dell'accelerazione, aumentate la resistenza oppostavi, l'energia muscolare impressa alle singole contrazioni. Un' altra volta la stessa infermiera, dopo essersi affaticata sino alla spossatezza con lo strofinare tavole e pavimenti, fu messa al lavoro in identiche condizioni esterne. Il cominciare riuscì allora difficile; s' interruppe sovente; il ritmo sopraelevato; le condizioni meccaniche d' un subito divennero inadeguate; il sentimento di sforzo anticipò e con esso la salita dei ritmi, estremamente rapida: l'energia nerveo-muscolare parve ancora scaricarsi disordinatissima, quasi in maniera esplosiva. — La curva dell'accelerazione ritmica del soggetto normale affaticato, riproduceva adunque, nel suo caratteristico comportamento, la curva catatonica.

Fu lusinghiero per noi un simile risultato: l'aver potuto generare, diremo, ad arte, una condizione dell' organo nerveo-muscolare, che ci aveva sorpreso per la sua notevole singolarità. Il muscolo catatonico veniva a comportarsi, nell' attività motoria volontaria, nella guisa del muscolo stanco, avvelenato dalle sostanze ponogene: il che contribuiva a far emergere nella sindrome morbosa in discorso, l' influenza autonoma (forse preponderante) che una peculiare condizione endotossica del muscolo assume, influenza che fu mèta di studi dimostrativi *(Aiello)*.

Quest' ultimo fatto, siccome quello riferito al secondo capoverso delle precedenti conclusioni, da cui risulta che il sentimento di fatica non è di norma un efficace meccanesimo di tutela dell'affaticamento eccessivo, mi sembra costituiscano i nostri risultati più importanti. L'organismo cela a sè stesso l' apparizione della

fatica: la sua insufficienza ad apprezzare la progressiva diminuzione delle attitudini al lavoro, ingenera il *sopralavoro muscolare.*

E quantunque oggi, colle nostre conoscenze, torni azzardato stabilire confronti tra la facilità con cui riusciamo a trarre energia dai muscoli e quella con cui la ricaviamo dal sistema nervoso, poichè nulla si sa dei rapporti quantitativi che passano tra le due forme di energia, pure ci seduce l'ipotesi, che per lo stesso meccanismo, per gli stessi intricati elementi *illusori,* si debba giungere al *sopralavoro mentale;* ipotesi che diverrà verosimile quel giorno in cui, come scrive *Treves,* la tecnica sperimentale riuscirà a scoprire per il lavoro mentale, una funzione acceleratrice analoga a quella, che nel lavoro muscolare volontario assume un'importanza così essenziale.

Ma v' è di più. Dal complesso delle nostre osservazioni deriva ancora, che noi non abbiamo mezzi per valutare e moderare il lavoro muscolare per sè, senza riferirlo ad un termine esterno ed obbiettivo che faccia di misura ad esso lavoro. È questo un caso particolare di una legge psicologica generale, per cui abbiamo coscienza di tante cose soltanto paragonandole ad esperienze anteriori obbiettivate e fisse in simboli ben definiti. Così, ad es., noi non abbiamo coscienza di molte variazioni di temperatura organica, se non mercè il termometro, che è un simbolo perfettamente esterno: ed ancora, per avere coscienza precisa di un lavoro muscolare rispetto ad un altro, dobbiamo valutarlo in rapporto ad un fine esterno e determinato, raggiunto.

Come vi è una gioia nel superare le difficoltà ad espandersi; così vi è una gioia pure nel non averne alcuna: la così detta *gioia passiva* dei paralitici euforici e dei gravemente intossicati.

Ciò sta ad affermare, che le nostre sensazioni organiche ci dicono ben poco, se non sono messe in rapporto con altre che fungono da misura. Legge generale psicologica, del resto, essendo la intelligenza e la conoscenza in genere, una facoltà a colpire, ad intuire rapporti.

Il Dott. **Falciola** presenta inoltre un' altra nota riassuntiva sul tema. — *Le pressioni sanguigne nelle varie fasi della Frenosi maniaco — depressiva.*

A chi raccoglie, come noi si è fatto, tutta la estesa letteratura che riguarda il comportarsi della pressione arteriosa nella psicopatia in discorso, viene assai naturale, giunto al fine del suo compito, chiedersi amaramente a che mai abbiano giovato tante ricerche diligenti e laboriose, se poi i risultati maggiori di esse, sono riusciti appena incerti o addirittura diametralmente opposti. Che anzi, di fronte a così evidenti induzioni contradditorie nasce il dubbio, che la pressione sanguigna sia destinata per sempre a frustare ogni tentativo che miri alla conoscenza delle sue norme regolatrici, perchè le sue oscillazioni sono arbitrarie, meramente occasionali.

Ben si comprende quindi, come per noi tornasse ovvio, dopo una lunga serie di nostre osservazioni vane, quantunque accurate, di convergere tutta l'attenzione a ricercare, se mai possibile, le cause delle profonde divergenze che separano giudizio da giudizio, cause, che soltanto lo studio comparativo dei diversi contributi portati all' argomento, doveva aiutare a discoprire.

Per questa via appunto, fummo condotti a modificare il metodo di ricerca, come brevemente esporremo.

Fra gli Autori, alcuni, pochi in verità, hanno seguito un modo molto semplice di esame.

Raccolti i singoli valori monometrici di un gruppo di alienati che presentavano la sindrome dell'eccitamento e dedottane

a cifra della pressione media, passavano a contrapporre a quest' ultima la cifra della pressione media ottenuta da un gruppo d'infermi in fase depressiva. Non badavano questi A. A. di precisare a quale forma clinica si riconnettesse ogni stato di eccitazione, da quanto tempo durasse il disordine psico-motorio, come intense ne fossero le tinte : in quella guisa del resto, che pel secondo gruppo, tralasciavano di dar peso all'età del soggetto, alle svariate modatità offerte dalla depressione psichica.

Altri Autori, i più, sono partiti da un ben diverso punto di vista : scelta una data pressione media fisiologica, rapportavano a questa le cifre di pressione man mano registrate, concludendo a seconda del risultato, per una ipotensione, una ipertensione, o per una pressione normale.

In questo tratto fondamentale risiede la causa prima della disparità dei giudizi da loro espressi. Difatti, quale cifra di pressione arteriosa può essere ritenuta corrispondente alla pressione media normale ? Ogni fisiologo, si può dire, la muta : e ciò accade, non tanto perchè variano gli strumenti da ognuno adoperati per la determinazione di essa, quanto perchè la pressione arteriosa, pur sempre restando nel campo fisiologico, appare mutevolissima da individuo ad individuo : essa oscilla fra limiti estremi, anche se rintracciata collo stesso apparecchio, sopra soggetti posti in identiche condizioni di riposo fisico e mentale.

Questi fatti ci consigliarono allora di sostituire come punto di orientamento, di paragone, ad una qualsiasi presunta pressione arteriosa fisiologica, la pressione media individuale, che, è risaputo facilmente la si determina e si mostra duratura.

Ma tale sostituzione non potè essere realizzata nei nostri infermi, a motivo del peculiare comportamento della pressione sanguigna durante i periodi interaccessuali. Non ci rimaneva per tutte queste circostanze che di mettere a confronto *fra di loro* i valori monometrici raccolti nei successivi stati psicopatici *di un medesimo soggetto* ; come si è fatto.

In un primo periodo, prolungato di molto, abbiamo circoscritte le ricerche sopra un' unica inferma, classica nei suoi cicli

psicopatici: e in seguito abbiamo allargate le indagini su altri casi di follia circolare, per osservare, se le prime risultanze venissero o no ad essere confermate.

Anzichè studiare la pressione sanguigna in numerose forme di alienazione mentale, come la maggior parte degli A. A. ha fatto, abbiamo preferito di rivolgere le nostre ricerche ad una sola forma psicopatica, dedicandole la più gran copia di dati raccolti in anni di ricerca.

Il compianto prof. Z. Treves ci fu largo d'incoraggiamento e di consigli, e, con la singolare sua competenza, benevolmente si prestò all'esame dei numerosi tracciati che noi si composero con le cifre manometriche giorno per giorno registrate.

Riportiamo le nostre principali conclusioni:

Fase depressiva.

1. — Come principio generale, possiamo stabilire, che nella fase depressiva la pressione del sangue risulta *abbassata*: tale abbassamento è caratteristico della psicosi in discorso, non è dovuto a fattori estranei ad essa, ad esempio alla condizione di deperimento generale, come A. A. pretendono. La ipotensione arteriosa, difatti, fu da noi riscontrata in tutte le varietà possibili di fase depressiva, compresa in quella consecutiva a periodo interaccessuale, e per di più, essa fu vista coincidere con cifre del peso corporeo assai elevate;

2. — Nella depressione semplice (con scarse e poco intense fluttuazioni emotive) si raccolgono i valori più bassi ed uniformi, cioè con differenze tra l'uno e l'altro di poco conto: questa uniformità pare risponda a quella dello stesso quadro morboso;

3. — Nella depressione attiva (con reazione dolorosa viva ed eccitazione interna) abbiamo visto che non basta la inquietudine ad influire sulla pressione, di norma abbassata nei quadri depressivi; bisogna ch'essa raggiunga una certa intensità, tocchi il grado dell'*ansia*. L'elemento che perturba la pressione san-

guigna nello stato depressivo è l' ansia, e la pressione, a sua volta, costituisce l' indice più sicuro e stabile di questo profondo turbamento emotivo.

L' ansia, da noi considerata nei suoi brevi episodi, eleva la pressione sanguigna; l' elevazione è proporzionale alla sua vivezza: in corrispondenza del parossismo ansioso, furono raccolte cifre di pressione così alte, quali di raro ci fu dato di ottenere anche nello esplodere della fase di eccitamento. È questo elemento perturbatore della pressione, che ci può spiegare, al- l' infuori delle irregolarità di metodo accennate, fatti oscuri quali:

a) le oscillazioni fortissime che si possono rilevare nelle cifre della pressione arteriosa durante una medesima fase depressiva;

b) il perchè autori abbiano concluso, specie in base a ricerche eseguite nella melanconia involutiva di Kraepelin, dove l' ansia è sintoma dominante, essere la depressione contraddistinta, anzichè da abbassamento, da rialzo della pressione del sangue;

4. — In tutte quante le nostre osservazioni, la curva manometrica risulta in discesa: le oscillazioni maggiori corrispondono agli stati di ansia pura o di stupore attivo (la fusione dello stupore coll' ansia) cioè coincidono con le più profonde fluttuazioni psichiche.

Nella depressione semplice, quando la tensione emotiva ha gioco insufficente sulla pressione sanguigna, la curva diventa regolare; alcune volte i tracciati dei valori di pressione del mattino e del pomeriggio si fanno paralleli, pare si ricongiungono.

Fase di eccitamento.

1. — La pressione sanguigna nell' eccitamento, sia post — depressivo che post — intervellare, è *innalzata.* L' elevazione, che ordinariamente raggiunge il maggior culmine nel passaggio da fase a fase, quando l' eccitamento si mantiene

schietto, riesce proporzionale alla gravità della sindrome; per cui esacerbazioni si accompagnano a forti ascese, remissioni a discese adeguate. Ma se perdura sfrenato il disordine psico-motorio, dopo un tempo che varia da individuo a individuo — la esauribilità della pressione pare appunto individuale — la pressione arteriosa diminuisce, non nel senso ch'essa raggiunga ormai di norma quelle cifre basse di pressione che regolarmente si raccolgono nella fase depressiva, ma nel senso che i suoi valori più non corrispondono al grado della eccitazione. È in questo momento che si manifestano i segni obbiettivi e subbiettivi della fatica.

Il più delle volte tale fenomeno è transitorio; col ripristinarsi delle funzioni organiche, del sonno ristoratore, le sospette cause ipotensive (sostanze ponogene?) si dileguano, il rapporto tra eccitamento e pressione si ristabilisce. Ma talora esso presenta i caratteri della continuità. Questa labilità, caduta di pressione, ha contribuito a darci la ragione, in primo luogo, del perchè Autori abbiano potuto affermare, mostrarsi la pressione sanguigna abbassata nell'esaltamento; in secondo luogo, delle notevolissime differenze rilevabili, anche nello stesso individuo, in tempi vicini di una medesima fase maniaca;

2. — La curva manometrica, in tutte le nostre osservazioni in salita, oscilla assai più che non avvenga nella fase depressiva: dove più numerose stanno le remissioni ed esacerbazioni di sindromi, ivi abbondano le oscillazioni, spesso così fitte, da imprimere alla curva la figura dentellata. Il vertice massimo corrisponde di consueto al passaggio alla fase nuova;

3. — Come nella fase depressiva, nell'eccitamento non si possono stabilire rapporti fra i due tracciati grafici (del mattino e della sera) poichè ciascuno di essi, dal canto suo, tende a riprodurre, nelle proprie irregolarità, le mutazioni di sintomi sopravvenute volta a volta nello svolgersi della osservazione quotidiana.

guigna nello stato depressivo è l'ansia, e la pressione, a sua volta, costituisce l'indice più sicuro e stabile di questo profondo turbamento emotivo.

L'ansia, da noi considerata nei suoi brevi episodi, eleva la pressione sanguigna; l'elevazione è proporzionale alla sua vivezza: in corrispondenza del parossismo ansioso, furono raccolte cifre di pressione così alte, quali di raro ci fu dato di ottenere anche nello esplodere della fase di eccitamento. È questo elemento perturbatore della pressione, che ci può spiegare, all'infuori delle irregolarità di metodo accennate, fatti oscuri quali:

a) le oscillazioni fortissime che si possono rilevare nelle cifre della pressione arteriosa durante una medesima fase depressiva;

b) il perchè autori abbiano concluso, specie in base a ricerche eseguite nella melanconia involutiva di Kraepelin, dove l'ansia è sintoma dominante, essere la depressione contraddistinta, anzichè da abbassamento, da rialzo della pressione del sangue;

4. — In tutte quante le nostre osservazioni, la curva manometrica risulta in discesa: le oscillazioni maggiori corrispondono agli stati di ansia pura o di stupore attivo (la fusione dello stupore coll'ansia) cioè coincidono con le più profonde fluttuazioni psichiche.

Nella depressione semplice, quando la tensione emotiva ha gioco insufficente sulla pressione sanguigna, la curva diventa regolare; alcune volte i tracciati dei valori di pressione del mattino e del pomeriggio si fanno paralleli, pare si ricongiungono.

Fase di eccitamento.

1. — La pressione sanguigna nell'eccitamento, sia post — depressivo che post — intervellare, è *innalzata*. L'elevazione, che ordinariamente raggiunge il maggior culmine nel passaggio da fase a fase, quando l'eccitamento si mantiene

schietto, riesce proporzionale alla gravità della sindrome; per cui esacerbazioni si accompagnano a forti ascese, remissioni a discese adeguate. Ma se perdura sfrenato il disordine psico-motorio, dopo un tempo che varia da individuo a individuo — la esauribilità della pressione pare appunto individuale — la pressione arteriosa diminuisce, non nel senso ch'essa raggiunga ormai di norma quelle cifre basse di pressione che regolarmente si raccolgono nella fase depressiva, ma nel senso che i suoi valori più non corrispondono al grado della eccitazione. È in questo momento che si manifestano i segni obbiettivi e subbiettivi della fatica.

Il più delle volte tale fenomeno è transitorio; col ripristinarsi delle funzioni organiche, del sonno ristoratore, le sospette cause ipotensive (sostanze ponogene?) si dileguano, il rapporto tra eccitamento e pressione si ristabilisce. Ma talora esso presenta i caratteri della continuità. Questa labilità, caduta di pressione, ha contribuito a darci la ragione, in primo luogo, del perchè Autori abbiano potuto affermare, mostrarsi la pressione sanguigna abbassata nell'esaltamento; in secondo luogo, delle notevolissime differenze rilevabili, anche nello stesso individuo, in tempi vicini di una medesima fase maniaca;

2. — La curva manometrica, in tutte le nostre osservazioni in salita, oscilla assai più che non avvenga nella fase depressiva: dove più numerose stanno le remissioni ed esacerbazioni di sindromi, ivi abbondano le oscillazioni, spesso così fitte, da imprimere alla curva la figura dentellata. Il vertice massimo corrisponde di consueto al passaggio alla fase nuova;

3. — Come nella fase depressiva, nell'eccitamento non si possono stabilire rapporti fra i due tracciati grafici (del mattino e della sera) poichè ciascuno di essi, dal canto suo, tende a riprodurre, nelle proprie irregolarità, le mutazioni di sintomi sopravvenute volta a volta nello svolgersi della osservazione quotidiana.

Periodi di stati misti.

Le nostre conclusioni, perchè desunte da materiale piuttosto scarso e, ciò che più importa, proveniente da un'unica fonte, non possono venire generalizzate:

1. — Negli stati misti la pressione arteriosa si mostra *mutevolissima*, carattere che ben si addice al polimorfismo dei quadri morbosi che ivi s'incontrano: essa non risente della fase psicopatica da cui l'individuo proviene, ma nei suoi valori si adatta alle modalità delle sindromi in corso; e così si eleva allorchè nello stato misto le note maniacali si accentuano, si abbassa nell'eccitamento depressivo (lo stato misto abituale nella nostra inferma) a colorito debole, o quando prevale la depressione.

Gli episodi maniaci, quantunque subitanei, siccome lo stupore attivo e l'ansia, si accompagnano di solito con cifre di pressione notevolmente alte; la depressione semplice e lo stupore passivo, con cifre basse.

L'esaurimento reca le conseguenze, che gli abbiamo riconosciute trattando della fase maniaca e l'esacerbasi o il rimettersi dei sintomi, porta rispettivamente salita e discesa degli indici di pressione;

2. — La curva manometrica, comparata con quelle ottenute nei ripetuti periodi depressivi, corre generalmente più in alto; più giù rispetto alle curve dell'eccitamento: ciò rivela una tendenza dei valori di pressione a mantenersi prossimi ad un valore medio, che starebbe appunto fra quello della depressione e quello della mania. La curva offre oscillazioni numerose, la cui profondità ed irregolarità dipendono sovratutto dalla maggiore o minore uniformità di decorso e di colorito clinico assunti dall'accesso.

Periodo inter-accessuale.

Dal confronto fra le curve manometriche raccolte in normali (infermiere) ed in individui durante un periodo inter-accessuale della frenosi maniaco-depressiva, siamo portati ai seguenti rilievi:

1. — Nel normale è sempre determinabile il tasso medio di pressione: la curva è regolare con scarse e piccole oscillazioni; le oscillazioni più grandi si accompagnano a fatti incidenti, che le possono spiegare;

2. — Nel periodo intervallare la pressione ha per caratteristica la *instabilità;* le oscillazioni, spesso notevolissime ed estremamente variabili, sono, per così dire, sporadiche, per esse riesce impossibile rintracciare e stabilire la pressione media individuale.

*
* *

Altre nostre considerazioni riguardano il *polso, l'influenza della temperatura e della pressione atmosferica* sulla pressione del sangue, il *peso del corpo* nella frenosi maniaco-depressiva; ma per brevità noi le tralasciamo, destinate al lavoro completo che uscirà nel Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale di Ferrara, dove già comparve, in precedenza, una nostra Nota Preventiva.

Il prof. **Agostini** espone: « La pellagra nell'Umbria in rapporto alle nuove vedute sulla patogenesi della pellagra ».

L'Oratore, dopo avere riassunte le principali teorie sulla patogenesi della pellagra, e ricordato quella recente *fotodinamica* del Raubitschck, teorie tutte basate sui rapporti tra mais e pellagra, viene a parlare delle nuove vedute dell'Alessandrini e del Sambon. Questi, fin dal 1905, ha emessa la ipotesi che la pellagra fosse malattia parassitaria, dovuta ad un protozoo inoculato con la puntura d'un insetto, il *Simulium reptans.*

Seguì, l'anno decorso, quella dell'Alessandrini, il quale opina che la distribuzione della pellagra è in rapporto colla qualità delle acque, avendo trovato nelle acque superficiali e stagnanti alcune forme parassitarie, e più precisamente larve di *Filaride,* nematodi che sarebbero gli agenti determinanti della malattia.

Questa teoria si basava su osservazioni fatte nell'Umbria e e nel Friuli. Quelle fatte nel Friuli, vennero sconfessate dai dot-

Periodi di stati misti.

Le nostre conclusioni, perchè desunte da materiale piuttosto scarso e, ciò che più importa, proveniente da un'unica fonte, non possono venire generalizzate:

1. — Negli stati misti la pressione arteriosa si mostra *mutevolissima*, carattere che ben si addice al polimorfismo dei quadri morbosi che ivi s'incontrano: essa non risente della fase psicopatica da cui l'individuo proviene, ma nei suoi valori si adatta alle modalità delle sindromi in corso; e così si eleva allorchè nello stato misto le note maniacali si accentuano, si abbassa nell'eccitamento depressivo (lo stato misto abituale nella nostra inferma) a colorito debole, o quando prevale la depressione.

Gli episodi maniaci, quantunque subitanei, siccome lo stupore attivo e l'ansia, si accompagnano di solito con cifre di pressione notevolmente alte; la depressione semplice e lo stupore passivo, con cifre basse.

L'esaurimento reca le conseguenze, che gli abbiamo riconosciute trattando della fase maniaca e l'esacerbasi o il rimettersi dei sintomi, porta rispettivamente salita e discesa degli indici di pressione;

2. — La curva manometrica, comparata con quelle ottenute nei ripetuti periodi depressivi, corre generalmente più in alto; più giù rispetto alle curve dell'eccitamento: ciò rivela una tendenza dei valori di pressione a mantenersi prossimi ad un valore medio, che starebbe appunto fra quello della depressione e quello della mania. La curva offre oscillazioni numerose, la cui profondità ed irregolarità dipendono sovratutto dalla maggiore o minore uniformità di decorso e di colorito clinico assunti dall'accesso.

Periodo inter-accessuale.

Dal confronto fra le curve manometriche raccolte in normali (infermiere) ed in individui durante un periodo inter-accessuale della frenosi maniaco-depressiva, siamo portati ai seguenti rilievi:

1. — Nel normale è sempre determinabile il tasso medio di pressione: la curva è regolare con scarse e piccole oscillazioni; le oscillazioni più grandi si accompagnano a fatti incidenti, che le possono spiegare;

2. — Nel periodo intervallare la pressione ha per caratteristica la *instabilità;* le oscillazioni, spesso notevolissime ed estremamente variabili, sono, per così dire, sporadiche, per esse riesce impossibile rintracciare e stabilire la pressione media individuale.

*
* *

Altre nostre considerazioni riguardano il *polso, l'influenza della temperatura e della pressione atmosferica* sulla pressione del sangue, il *peso del corpo* nella frenosi maniaco-depressiva; ma per brevità noi le tralasciamo, destinate al lavoro completo che uscirà nel Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale di Ferrara, dove già comparve, in precedenza, una nostra Nota Preventiva.

Il prof. **Agostini** espone: « La pellagra nell'Umbria in rapporto alle nuove vedute sulla patogenesi della pellagra ».

L'Oratore, dopo avere riassunte le principali teorie sulla patogenesi della pellagra, e ricordato quella recente *fotodinamica* del Raubitschck, teorie tutte basate sui rapporti tra mais e pellagra, viene a parlare delle nuove vedute dell'Alessandrini e del Sambon. Questi, fin dal 1905, ha emessa la ipotesi che la pellagra fosse malattia parassitaria, dovuta ad un protozoo inoculato con la puntura d' un insetto, il *Simulium reptans.*

Seguì, l'anno decorso, quella dell'Alessandrini, il quale opina che la distribuzione della pellagra è in rapporto colla qualità delle acque, avendo trovato nelle acque superficiali e stagnanti alcune forme parassitarie, e più precisamente larve di *Filaride,* nematodi che sarebbero gli agenti determinanti della malattia.

Questa teoria si basava su osservazioni fatte nell' Umbria e e nel Friuli. Quelle fatte nel Friuli, vennero sconfessate dai dot-

tori Fratini e Camurri, che dimostrarono che la qualità dell'acque potabili, non ha alcuna influenza sull'origine e sulla distribuzione del male.

Nell' Umbria, l'Alessandrini, dei 54 comuni dove è stata riscontrata la pellagra, ne ha visitati solo due o tre, e quindi le sue conclusioni sono prive di solida base dimostrativa. Inoltre, in vari comuni in cui la qualità delle acque nulla lascia a desiderare, come potrò in apposita relazione dimostrare, o è stata migliorata; l'endemia pellagrosa perdura invariata.

La teoria del Sambon si basa sopra postulati che non reggono ad un severo controllo. Dobbiamo premettere, che è tutto affatto ipotetico, il rapporto tra la presenza dei simulidi e l'insorgere della pellagra, poichè non è stata ricercata la presenza di questi che in pochissime località, mentre assai vasto è il territorio di distribuzione della pellagra e non ne è stata fatta ricerca laddove pellagra non vi è, e sopratutto manca ogni dimostrazione della presenza e della natura del *protozoo* patogeno che sarebbe trasmesso mediante la puntura delle piccole zanzare.

Un altro suo postulato è che i focolai pellagrogeni sono strettamente associati a corsi d'acqua corrente. Questo non è esatto; poichè, ad es., nel territorio di Perugia ove la pellagra è più inveterata e diffusa, abbiamo luoghi elevati di monte, lontani da ogni corso di acqua, con focolai pellagrosi; mentre nel Reatino e nel Tuderte, abbondano i rivi d'acqua e simulidi non possono mancare, mentre non esiste pellagra.

Per uno studio di oltre un ventennio della pellagra, io posso affermare, in base anche alle indagini dell'Adriani, che fin dai primordi studiò questa endemia nell' Umbria, che la diffusione della pellagra ha tenuto dietro alla estensione della coltura del mais, e che l'attuale diminuzione di questa è in diretto rapporto colla riduzione della coltura del granone.

Le cifre forniteci dagli ufficiali sanitari, dimostrano questa diminuzione.

Se le statistiche degli ufficiali sanitari sono poco attendibili, quelle del manicomio devono esser tenute nella massima consi-

derazione. Da queste si rileva: che i pellagrosi nel 1903 salirono a 145; nel 1908 scendono a 35; nel 1910 a 33 nel circondario di Perugia; nel circondario di Foligno, da 18 scendono a 3; in quello di Orvieto, da 7 a 3; mentre non se ne ha più traccia negli altri circondari, di Spoleto, Terni e Rieti.

Ora, presso di noi, pochissimo si è fatto per migliorare la canalizzazione delle acque; moltissimo, invece, nel diminuire la coltura del mais, che da circa la metà del terreno coltivabile, non ne occupa più di *un quinto,* fino da essere in molta parte sostituito dalla coltura dei semi.

Un fatto importante su cui particolarmente ha giustamente insistito il dott. Sediari di Città di Castello, è che, molto raramente sono colpiti da pellagra i piccoli proprietari, i quali, da noi, si recano coi coloni al lavoro, e quindi sono esposti, tanto al mattino, quanto al tramonto, alle punture dei mosciolini.

Su due affermazioni di fatto, il Sambon basa principalmente la prova dimostrativa della sua dottrina.

Egli afferma: 1.° di aver visitato a Morra ed al pellagrosario, lattanti dai 5 ai 12 mesi, con fatti di pellagra, senza che si fossero cibati di granturco; 2.° che al brefotrofio di Città di Castello aveva constatato, che bambini illegittimi avevano contratto la pellagra subito dopo essere stati inviati a balia in località pellagrose.

Il bambino che egli ha visitato, al pellagrosario di Città di Castello, figlio di Veronica Pierni, di mesi 5, con segni di pellegra, *era dalla madre alimentato, per insufficienza di latte, con torta di granturco masticata.*

Il dott. Betti direttore del brefotrofio, interrogato intorno alla seconda affermazione, mi ha dichiarato, che il fatto di bambini illegittimi, che erano divenuti pellagrosi non appena mandati a balia in località pellagrogene, era *destituita di verità!*

Gli *equivoci* questo osservatore continuano, quando egli afferma che gli eredo-pellagrosi non differiscono in alcun modo dagli altri individui viventi nella stessa località, buttando in un fascio le osservazioni del Lavacher, del Gintrac, dello Strambio, del Lombroso, del Seppilli, dell'Antonini e le mie. Mentre io ho affer-

mato che nel 67 per cento dei figli dei pellagrosi, vi erano note di degenerazione fisiche e psichiche, di cui molte analoghe a quelle date da rachitismo; egli fa la critica dei miei studi dicendo che io ho affermato che la pellagra si trasmette, come tale, per eredità.

Lo studio del Sambon, che contiene altre e non meno *gravi inesattezze*, non regge quindi ad un severo controllo scientifico, e la sua teoria, per quanto suggestiva, è campata solamente sopra *ipotesi*. — Le mie conclusioni sono:

1.ª Che nella provincia dell'Umbria la pellagra, almeno nella sua forma grave, è in diminuzione.

2.ª Pur convenendo che sia legittimo discutere e ricercare il vero agente patogeno della pellagra, rimane fermo il concetto del rapporto tra pellagra e vittitazione maidica.

3.ª La teoria del Sambon presenta il difetto capitale di non aver dimostrato il *protozoo* che ritiene patogeno della malattia.

4.ª Taluni fatti da lui riferiti come probativi nella sua tesi e da me controllati non corrispondono alla verità.

5.ª Finchè ulteriori studi non siano fatti con rigoroso metodo, e con largo controllo, le ipotesi bacteriologiche, le parassitarie accampate, non debbono distrarci dall'indirizzo profilattico dettato da Cesare Lombroso, confortato dalla lunga esperienza clinica di tutti noi.

La difesa della Teoria Lombrosiana non è effetto di cieca idolatria, ma sentimento doveroso di legittima difesa di una parte del patrimonio intellettuale e scientifico del nostro Maestro (*).

I dottori **Benedetti A.** e **Simi G.** presentano uno studio su « Due casi d'urticaria factizia in donne criminali » (*).

Il dott. **De Paoli N.** presenta « Un caso di sclerosi in placche d'origine sifilitica » (*).

(*) I sopraccennati lavori verranno pubblicati per intiero nel prossimo fascicolo.

CHIUSURA DEL CONGRESSO.

Terminata l'esposizione delle varie Comunicazioni, si procede alla nomina del nuovo Consiglio della Società Freniatrica Italiana. Risultarono eletti: Tamburini *presidente;* Pieraccini, *vice-presidente;* Algeri, *segretario.* La nomina degli altri componenti il Consiglio verrà fatta per *referendum.*

La Commissione delle Finanze ha fatto quindi la sua relazione, facendo notare come la Società, malgrado i molti soci morosi, si trovi in discrete condizioni finanziarie, per modo che potrà elargire lire 500 alla Istituzione Verga-Biffi e lire 100 alla Federazione degli Ordini dei Sanitari.

Si decide concordemente per i soci renitenti di inviare una tratta postale e per i morosi di cancellarli dalla Società Freniatrica.

La Commissione delle Proposte fa approvare dal Congresso la nomina a soci onorari: di Obersteiner, neuropatologo, di Vienna; di Sommer (Ghissen), che ha portato in Germania l'eco più forte della antropologia criminale; di Moravsik, alienista, Ungherese.

Si passa quindi alla scelta dei temi per il prossimo Congresso, i quali, secondo le votazioni riportate, furono così stabiliti:

1. — « Eziologia e patogenesi delle psicosi in relazione alla fisiopatologia delle ghiandole a secrezione interna ». — Rel. *Esposito, Emilio Riva, Arrigo Tamburini.*

2. — « La psico-analisi come metodo di indagine e terapia ». — Rel. *Modena, Baroncini Luigi, Manzoni, Assagioli.*

3. — « Pazzia e criminalità nell'esercito ». — Rel. *Consiglio, Bucciante.*

4. — « Anatomia patologica delle frenastenie ». — Rel. *Perusini, Bonfiglio.*

5. — « Nosografia della frenosi maniaco-depressiva ». — Rel. *Tambroni, Alberti, Ruata, Padovani.*

Non ebbero la votazione sufficiente i temi:

1. — « Patogenesi della pellagra ».

2. — « Sulla posizione giuridica e clinica del prosciolto ».

3. — « Classifica ed educazione dei minorenni delinquenti e anormali ».

Si propone inoltre di non accettare per il Congresso altre Comunicazioni che non siano strettamente inerenti ai Temi Generali.

Sede del futuro Congresso.

Viene infine la proposta per la sede del nuovo Congresso: e ad unanimità viene acclamata *Palermo.*

La Commissione per la visita del Manicomio provinciale di Perugia fa la seguente relazione, che viene letta dal prof. Seppilli.

Prof. SEPPILLI, GUICCIARDI, TAMBRONI

RELAZIONE della Commissione nominata dal XIV Congresso Freniatrico ed incaricata di riferire sul Manicomio di Perugia.

EGREGI COLLEGHI,

La Commissione, onorata dalla Presidenza dell' incarico di riferire sul Manicomio di Perugia che ieri avete visitato, è lieta di presentarvi, a mezzo mio, in questa breve relazione le impressioni principali rimasteci dopo avere minutamente ed attentamente percorso ed osservato il grandioso Istituto e raccolto quelle notizie che, a nostro giudizio, dovevano rendere più facile e più completo che fosse possibile, il nostro compito, data la brevità del tempo di cui potevamo disporre.

Del Manicomio di Perugia, che prende il nome di S. Margherita, le prime origini risalgono all'anno 1821, quando il Cardinale Agostino Rivarola fece dono di un Convento di suore, che ne forma il vecchio nucleo ed è ora rappresentato dal fabbricato centrale. Esso si estende ai piedi della città, nel seno della grande curva, di cui accompagna quasi parallelamente il cammino ed è rivolto a sud-ovest.

L'ubicazione dell'Istituto non avrebbe potuto essere migliore: a mezzo l'erta del monte, protetto alle spalle contro i venti del nord, in una posizione ridente, veramente incantevole.

L'estensione del terreno assegnato all'asilo è di oltre 20 ettari, si svolge in lunghezza seguendo la curva della città sovrastante con un ampio viale nel mezzo, ai cui fianchi sorgono i diversi edificî, con considerevole differenza di livello tra un lato e l'altro, in guisa che gli edificî che sono più vicini alla valle nulla tolgano di luce, di aria e di orizzonte a quelli che sorgono verso la cima.

L'ampiezza dell'area e la configurazione naturale del terreno hanno favorito lo sviluppo degli edificî in ordine sparso, dando al loro assieme l'aspetto di un villaggio. Le distanze fra i diversi fabbricati e le naturali accidentalità del terreno sono state ritenute sufficienti ad assicurare a ciascun Padiglione la sua autonomia ed a permettere quelle separazioni delle diverse categorie dei ricoverati, che sono tanto vantaggiose per il buon trattamento degli alienati. Non vi hanno quindi mura di cinta, ma solo di tratto in tratto, nei punti ove il terreno è più scosceso, sono state poste semplici e leggiere reti metalliche, quali la buona e moderna tecnica manicomiale consiglia. Tutto ciò, lo si comprende, conferisce ordine, gaiezza e tranquillità a questo ambiente, dove si muove una popolazione che oscilla fra 700 e 750 ricoverati.

Per stabilire una divisione razionale tra i due sessi, è stata utilizzata un'altra opportunità del terreno. Il lungo semicerchio che questo presenta, alle due estremità si rigonfia, formando due promontorî, i quali si staccano dal monte a guisa di due speroni che si avanzano nella valle, in modo da accentuare la gran curva costituita dal viale centrale.

Su questi due promontorî sono stati rispettivamenti aggruppati gli edificî per i ricoverati uomini e donne, così che il tratto di viale, che resta nel mezzo a riunirli sta a rappresentare l'unica separazione fra i due sessi.

La Sezione uomini comprende, per quanto riguarda la ripartizione edilizia: la portineria, il comparto d'osservazione, il comparto per malati a pagamento, il comparto alienati di mente sanabili, il comparto epilettici ed insanabili, la colonia industriale, la colonia agricola, l'infermeria, il molino, pastificio e panificio, l'abitazione per il Direttore, l'alloggio pei medici assistenti, gli Uffici di Direzione ed Amministrazione, la farmacia, le cucine, i magazzini di deposito, i Gabinetti scentifici, il Museo dei crani, la sala per le autopsie.

La Sezione donne, alla sua volta, comprende: la portineria, il comparto di osservazione, le malate a pagamento, le alienate insanabili, agitate ed epilettiche, le alienate tranquille, le infermerie, le alienate frenasteniche, senili e paralitiche, la tessitoria, la sezione lavoratrici, il guardaroba, i magazzini e cucina, il servizio necroscopico.

Anche da questa semplice enumerazione degli edificî risaltano subito la molteplicità e la varietà delle dimore ed il criterio razionale e moderno col quale in essi sono distribuiti i ricoverati, vale a dire il criterio della guaribilità o meno delle diverse malattie mentali e quello della adattabilità o meno dei malati al lavoro, sotto la forma dell'officina e del campo, ciò che integra la terapia ed è fonte di vantaggi economici per l'Istituto. E tanto più è lodevole la distribuzione che degli edificî è stata fatta fra le due sezioni uomini e donne, in quanto sono stati, giustamente, aggregati alla sezione maschile e femminile quelli che secondo l'adattabilità dei due sessi alla forma di lavoro a ciascuna si confanno.

Così la colonia agricola, il molino, il panificio, il pastificio sono stati annessi al comparto maschile; la tessitoria, il guadaroba a quello femminile, con quali vantaggi tecnici ed economici, è facile immaginare.

La maggior parte degli edificî sono di nuova e recente costruzione, e lo spirito illuminato di chi dirige e governa l'Isti-

tuto va piano piano togliendo, aggiungendo e recando modificazioni anche agli edifici antichi, con la mira di livellare il più possibilmente il vecchio col nuovo per rendere il tutto armonico col concetto della tecnica manicomiale moderna. E, senza dubbio, può dirsi che quando tutte le opere progettate e iniziate saranno compiute, e cesserà quell'aspetto stridente fra la parte vecchia e la nuova, l'Istituto, che ha già preso posto fra i migliori d'Italia, potrà dirsi veramente un modello del genere.

Dei nuovi padiglioni, tutti con ottimo criterio tecnico costruiti uno, recentissimamente fatto con progetto del distinto Ingegner Rimini, Capo dell'Ufficio Tecnico Provinciale, d'accordo con il Prof. Agostini, (il Comparto Osservazione uomini), ha maggiormente richiamato l'attenzione di tutti i Congressisti per la logica distribuzione dei locali che sono tutti comunicanti fra di loro, pieni di aria e di luce per la opportuna e bella disposizione delle finestre.

I fabbricati sono di 2 piani, ma per la natura e la disposizione del terreno si può dire che abbiano soltanto due pianterreni. Le ampie sale di soggiorno ed i refettorî comunicano per grandi finestroni nei piazzali e nei giardini. Le finestre sono difese da eleganti e leggere decorazioni in ferro; ad ogni piano di ciascun padiglione vi sono camere con vasche da bagno e gabinetti di comodo. — Le pareti sono linde e pulite, essendo esse ricoperte di scagliola verniciata fino all'altezza di due metri, mentre i pavimenti sono a piastrelle di cemento. — Le camere di isolamento sono sparse. — Da per tutto esiste il riscaldamento a termo-sifone.

Il Manicomio presentemente è capace di una popolazione che può giungere fino a 900 malati. — Ai varî lavori dello Istituto prendono parte un numero considerevole di ricoverati di ambo i sessi. La colonia agricola fornisce erbaggi, latte ed altro allo stabilimento. — Le officine sono numerose, bene ordinate e

provvedono anch' esse quasi completamente ai bisogni dell' Istituto.

Degni di speciale menzione sono la tessitoria e l' impianto in apposito edificio del molino, panificio e pastificio che rappresentano una notevole economia per l' Amministrazione. Di questi importanti servizî va dato merito speciale al Conte Rodolfo Pucci, che, allorquando era Presidente della Deputazione Provinciale ebbe la felice e coraggiosa idea di riscattare dalla Congregazione di Carità l' Istituto e dedicò tutta la sua attività e la sua intelligenza ai progresso della edilizia e della organizzazione del Manicomio, informandosi alle esigenze della più moderna tecnica.

L' ordinamento di tutti i servizi dell' Istituto, tanto dal punto di vista dell' assistenza medica e della sorveglianza, quanto da quello economico è quanto si può dire lodevole; e ciò devesi precipuamente alla attività vigile ed intelligente del Prof. Agostini, cui mettono capo indistintamente tutti i fattori della vita del Manicomio, coadiuvato efficacemente dal Corpo medico e dagli impiegati amministrativi.

E qui ci sia permesso di osservare che, data la estensione e la disposizione dei molti edifici, che sono fra loro così distanziati da costituire quasi due grandi Sezioni autonome, la Commissione ritiene necessario che siano resi più facili e più spediti i mezzi di comunicazione fra i varî reparti e sopratutto che nella Sezione femminile debba risiedere costantemente un medico, donde il bisogno di aumentare il personale sanitario.

Anche il personale di assistenza presenta una proporzione un pò scarsa rispetto al numero dei malati, essendo di 1 a 8; questa dovrebbe essere almeno portata a quella di 1 a 7.

Mentre una gran parte dei manicomii italiani lamentano l' affollamento dei malati, quello di Perugia ha la fortuna di non averlo, e ciò grazie alla saggezza delle varie Amministrazioni che si sono succedute, le quali fino da tempo hanno a ciò prov-

veduto mercè ampie ampie e bene organizzate succursali a Foligno, Città di Castello, Spoleto e Rieti, che contengono complessivamente oltre 500 ricoverati e sono sotto l' immediata sorveglianza del Direttore centrale, il quale le ispeziona una o due volte ogni mese.

Se il Manicomio di Perugia, che abbiamo avuto la soddisfazione di visitare, presenta oggi tali e tanti pregi, sia sotto l' aspetto edilizio, quanto sotto quello tecnico-sanitario, da poterlo ritenere uno dei migliori che vanti la nostra Nazione, dobbiamo indubbiamente riconoscerne il merito anzitutto all' illustre alienista Prof. Roberto Adriani che per oltre trent' anni, come Dirattore, profuse a vantaggio di esso tutti i tesori della sua scienza, della sua esperienza e del suo cuore e che oggi abbiamo avuto la grande compiacenza di rivedere ancora tra noi sempre vegeto e vivido di idee.

Egli ebbe la felice intuizione di scegliere a suo collaboratore il nostro caro e valoroso collega Prof. Agostini, il quale, associando agli insegnamenti già avuti dal Maestro le proprie iniziative e l' intelletto grande e l' entusiasmo che egli porta a tutto ciò che ha attinenza con la scienza e la pratica psichiatrica, diede un nuovo ed efficace impulso a tutta la vita dell' Istituto, portandolo al grado di perfezione che noi oggi abbiamo ammirato. Difatti spetta all' opera dell' Agostini il notevole sviluppo dei Laboratorî scientifici fatto con veri intenti moderni, la fondazione del giornale « *Annali del Manicomio di Perugia* » che raccoglie la produzione scientifica dei valenti medici dell' Istituto medesimo ed è molto apprezzato dagli alienisti italiani e l' opera energica, insistente ed assidua del riordinamento definitivo e del maggiore progresso scientifico e tecnico dell' attuale Istituto.

Ben fecero dunque le egregie Amministrazioni che si succedettero presiedute prima dal Conte Pucci, dipoi dal Conte Giuseppe Conestabile e presentemente dall' Avv. Orlando Moscioni

a seguire le idee di questi due insigni scienziati e di fornire loro largamente tutti quei mezzi che erano necessari per l' attuazione delle loro aspirazioni e dei loro desideri.

Parta quindi dal Congresso un voto di nostro plauso caldo e sentito a tutti questi egregi Uomini che guidati da principii altamente civili ed umanitarii e con ammirabile armonica cooperazione hanno saputo dare a Perugia un Istituto che potrebbe formare il vanto e l' orgoglio di qualsiasi città o provincia.

Discorso di chiusura del Prof. Agostini.

Permettete Colleghi che chiudendo questo nostro Congresso, io faccia plauso sentito e meritato all' opera vostra, che lo ha reso degno di essere ricordato tra gli altri, per importanza di relazioni e di comunicazioni scientifiche, per interesse di discussioni, così efficaci, così serene, cosi elevate.

E la riuscita veramente mirabile di questo nostro Congresso anche per valore e numero di intervenuti, tra i quali colleghi carissimi dell' esercito, mi è argomento davvero di grande conforto perchè segna un periodo di rinnovamento nella vita della Società Freniatrica Italiana, periodo di animazione e di risveglio, dovuto a giovani energie che felicemente concorrono, colla matura esperienza dei Maestri, a tenere alta la rinomanza della scuola psichiatrica italiana.

Sono stati trattati temi di altissimo interesse scientifico, pratico e sociale.

Il primo tema, di carattere clinico e del maggiore interesse sociale rinnovò la discussione sui danni dell' alcoolismo, sulla necessità di urgenti problemi legislativi e fu continuazione di quella instancabile propaganda antialcoolistica agitata vivamente datempo in altri Congressi, dal Seppilli, cui spetta il merito maggiore della nostra relazione.

Il tema del più alto carattere scientifico, sull' anatomia patologica della demenza, con tanta dottrina svolto dal Cerletti, mentre

ci ha rivelato la sicura abilità tecnica e le mirabili doti di intelletto del giovane scienziato, ed il felice indirizzo della Clinica Psichiatrica dell'Università di Roma, ci ha fissato nettamente i quadri anatomapatologici della paralisi generale, della sifilide cerebrale, delle demenze involutive, e ci ha convinti che anche in questo ramo di studi nulla abbiamo da invidiare ai nostri colleghi d'oltre Alpe.

Venne ampiamente svolto il tema della nosografia della paranoia dai professori Cappelletti ed Esposito, dai dottori Franceschini e Riva.

Gli egregi relatori, nella questione intricatissima che da tempo appassiona i medici alienisti, esposero nitidamente lo stato della questione, con critica sana sfrondarono le parti inutili, le amplificazioni dannose, e fissando nettamente il concetto della Paranoia vera, misero in luce la necessità di sceverare con analisi più esatta dalla demenza precoce paranoide molti casi clinici che veramente a disagio si è voluto conglomerarvi.

Il tema delle condizioni economiche dei medici e gli infermieri dei Manicomi pubblici e privati fu trattato con quella alta competenza che dalla lunga esperienza e dalla profonda dottrina gli viene, dal prof. Tamburini, che volle colla sua autorità appoggiare i desiderati dell'Associazione dei Medici Alienisti in Italia.

Il quinto tema sulle registrazioni e le pubblicazioni periodiche manicomiali pei fini di una statistica metodica ed uniforme in Italia anche a contributo del progettato Istituto Internazionale per la profilassi delle malattie mentali, affidato ai colleghi Antonini Masini ed Amaldi, venne svolto da quest'ultimo con quella valentia e competenza che tutti gli riconosciamo, esponendo una somma di dati e un progetto dettagliato di linee statistiche che intendono, per quanto è possibile, di disciplinare questa parte, che è veramente deficiente in Italia, di una concorde ed uniforme registrazione statistica, in modo da poter meglio intenderci e rendere possibile alle nostre Cliniche di portare il loro contributo all'Istifuto Internazionale di Profilassi della pazzia.

L'importanza di tutti questi temi, d'indole anatomica, speri-

mentale e clinica, delle comunicazioni presentate, e che tirannia di tempo solo in parte permise di svolgere, mentre stanno a dimostrare l'attività ed il valore grande dei medici alienisti, lasciano un'orma sicuramente duratura nel campo della scienza.

E voti importanti vennero formulati, tra cui mi piace ricordare quello che riflette il premio da darsi ai migliori lavori di clinica psichiatrica compiuti nel biennio, e l'altro dell'invito rivolto ai Direttori dei Manicomi d'Italia di astenersi dal prender parte al Concorso di Milano impedendo che quella Deputazione Provinciale attuì un deliberato che attenta così gravemente alla dignità ed ai legittimi interessi dei Medici Alienisti.

E di questi voti sono particolarmente lieto, perchè da un lato dimostrano una nuova corrente di vita scientifica che in ogni modo si vuole infondere, con ringagliardita fede, nella nostra associazione, dall'altro contribuisce a bandire per sempre quella corrente di diffidenza e d'ostilità, che malauguratamente erasi cercato di creare tra medici e Direttori, e che significava dolorosa discordia nell'intimo della propria famiglia.

Faccio i voti più caldi perchè il futuro Congresso di Palermo, infaticati ed appassionati cultori della scienza nostra, accorriate, a portare il prezioso contributo dei nuovi studi, delle nuove esperienze, per dare impulso più potente e fecondo alla ricerca del vero, alle migliori sorti dei nostri Istituti.

Vi invito ad un voto di plauso ai nostri illustri Presidenti onorari Professore Adriani e Tamburini, al Segretario del Congresso Dott. Vitali, e agli egregi giovani alienisti che hanno funzionato da Segretari del Congresso con diligenza ed abnegazione.

Ed ora un saluto caldo, fraterno, e l'augurio di trovarci tutti animati dallo stesso spirito di concordia e d'amore a pro della scienza, laggiù sulle incantevoli spiaggie dove risplende, con fulgore eterno di luce e di giovinezza, la più bella gemma di Sicilia.

Anno V Luglio-Decembre 1911 Fasc. III-IV

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE
Dott. CESARE AGOSTINI
Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell' Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA,
TIP. UMBRA G. BENUCCI E C.
1912

Anno V Luglio-Decembre 1911 Fasc. III-IV

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia



DIRETTORE
Dott. CESARE AGOSTINI
Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell' Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA
TIP. UMBRA G. BENUCCI E C.
1911

MANICOMIO PROVINCIALE DI PERUGIA
DIRETTO DAL PROF. C. AGOSTINI

Due casi d'Urticaria factitia
in donne criminali

NOTA CLINICA
(CON DUE FIGURE INTERCALATE NEL TESTO)

DEI DOTTORI BENEDETTI A. E SIMI G.
MEDICI DEL MANICOMIO PROVINCIALE



Il *dermografismo* fu descritto la prima volta da *W. Gull* nel 1859 sotto il nome di « urticaria factitia ». Si trattava nei casi di questo autore della produzione di piccole elevazioni a forma di pomfo (urticaria), le quali venivano a formarsi quattro o cinque minuti dopo il passaggio della cute di uno strumento a punta ottusa, elevazioni che raggiungevano il loro massimo dopo circa venti minuti e che poi tendevano a declinare fino a scomparire del tutto nello spazio di qualche ora.

Vari anni più tardi *Zunker* descrisse anch' egli il fenomeno con le medesime caratteristiche già segnalate da *Gull*.

Scorrendo la letteratura vi si trovano segnalati la « femme graphique » di *M. Dujardin-Beaumetz*, due casi di *Axenfeld*, accennati nel suo « Traité des névroses », simili al precedente caso di *Beaumetz;* e riferibili uno ad una isterica e l'altro ad un soggetto immune da malattie nervose; due casi di *M. Bourneville* che si riferiscono a soggetti isterici e nei quali il fenomeno poteva esser provocato solamente durante alcuni giorni dopo l'accesso convulsivo.

Interessanti assai ci sembrano il caso di *Chambard* riferibile ad un imbecille precedentemente affetto da un accesso di delirio alcoolico, ed il caso di *Swoff*, nel quale si tratta di un debole di mente, masturbatore, con un miscuglio di idee persecutivo-grandiose. Anche in questi due soggetti si aveva come negli altri la produzione di piccoli sollevamenti pomfoidi, per quanto, a simiglianza del caso di *Axenfeld*, non presentassero alcun fenomeno isterico o di altra malattia nervosa.

Recentemente *A. Morselli* ha descritto due casi di isterismo traumatico, nei quali si presentava bene evidente il *dermografismo pomfoide*, e nello stesso lavoro ha anche accennato al caso di una isterica nella quale si aveva facilmente la produzione di piccoli pomfi dopo un semplice grattamento.

Oltre a questi, occorre anche accennare a lavori d'indole generale.

Férè e *Lamy* ricercando il dermografismo in 137 epilettici e nevropatici riscontrarono il fenomeno assai intenso in soli 7 casi, in grado mediocre in 18, debolissimo in 21, negativo in 91.

Verga e *Gonzales* sperimentarono su 234 soggetti affetti da svariate malattie nervose e mentali (epilettici, maniaco-depressivi, paralitici, alcoolisti, pellagrosi, dementi, frenastenici, pazzi morali) ed inoltre in 33 soggetti immuni da qualunque malattia. I risultati ottenuti da questi due autori non valsero certamente a definire il dermografismo come fenomeno caratteristico di una malattia piuttosto che di un'altra; essi anzi lo riscontrarono frequente anche nei soggetti sani, ma ne ebbero esempi distintissimi solamente in 4 soggetti, un frenastenico semplice ed un criminale, una maniaco-depressiva ed una pellagrosa. Trovarono anche un lieve predominio del sesso femminile sul maschile tanto negli ammalati, quanto nei sani.

Milella ha sperimentato recentemente un 100 soggetti fra sani ed ammalati; secondo questo autore il fenomeno « dermografismo » sarebbe un fatto costante nei neuropatici, e sarebbe un fatto molto frequente anche nei sani, tanto da raggiungervi la rispettabile percentuale del 75 circa.

All' ultimo Congresso dei medici alienisti e neuropatologi di Francia, tenuto a Bruxelles l'anno decorso, *Henri Fauconnier* ha gettate le basi di una distinzione netta del fenomeno « dermografismo » in due forme speciali: il *dermografismo in rilievo* che si presenta sotto forma di cercini bianchi, rosa o rossi e che secondo l'autore si constata in una forte proporzione in casi di epilessia, demenza precoce e paralisi generale e che però sarebbe da considerarsi come una *stigmata di neuropatia*, ed il *dermo-*

grafio spimano caratterizzato da strie rosa o rosse persistenti oltre un quarto d'ora: anche questa forma sarebbe frequente nelle malattie sopradette, e, soggiunge l'autore, l'averla trovata frequente o costante negli isterici o nei traumatizzati significa solamente che si è tenuto conto senza dubbio di una reazione vaso-motoria di ordine banale e che può rientrare nei limiti normali.

Riassunta così, succintamente, la biografia del dermografismo, crediamo non del tutto inutile il riferire qui subito i nostri due casi, i quali ci sono apparsi interessanti, sia per l' intensità del fenomeno che in essi si presenta, sia per il fatto che pur trattandosi di donne, mancano in ognuna di esse fenomeni nettamente isterici, e più di tutto perchè si tratta di due soggetti criminali, nei quali sono facilmente dimostrabili numerose stigmate degenerative somatiche e psichiche.

*
* *

D. M., di anni 46, da Gubbio, dedita alle faccende campestri. Ha un fratello ricoverato al nostro manicomio per difetto mentale congenito. Null'altro si conosce d' interessante in riguardo alla eredità diretta della M.

La M., figlia legittima, nacque a termine, fu mestruata a 16 anni. A 23 anni è andata a marito e da questo ha avuto cinque figli. Essa, che ha condotto sempre vita irregolare e si è più volte prostituita anche a ragazzi appena puberi, a 35 anni ha stretto relazione con un tale dal quale ebbe due figli che, come ci ha narrato, uccise strangolandoli poco dopo nati.

Circa quattro anni fa, questa donna, che da qualche giorno era in preda a grave confusione mentale, con allucinazioni uditive a contenuto persecutorio, ha strangolato una sua bambina di dieci anni, e cinque giorni dopo ha tentato di uccidere nello stesso modo un altro suo figlio di quattordici anni. Arrestata, venne il 20 maggio 1907 internata nel nostro manicomio per esser sottoposta a perizia psichiatrica.

La M. è donna bene sviluppata, di statura media, ottimamente nutrita ed assai robusta.

Cranio piccolo in confronto della faccia, a contorno ovalare, simmetrico. Fronte bassa e stretta. Faccia schiacciata, tratti fisionomici marcati e grossolani; ampiezza notevole del diametro bizigomatico.

Le funzioni della vita vegetativa sono perfettamente regolari.

Dall'esame neurologico non risulta di interessante altro che una particolare resistenza della paziente alla corrente elettro-faradica misurata con la slitta del Du Bois Reymond.

Le varie sensibilità generali, più volte saggiate, sono apparse perfettamente normali; non vi sono affatto zone cutanee speciali di anestesia o di iperestesia.

Il campo visivo, leggermente ristretto per il bianco, non presenta alterazioni di sorta per gli altri colori.

In ultima analisi non si riscontra nessun fenomeno caratteristico di quelli che si sogliono comunemente trovare negli individui isterici.

Dal lato psichico accenneremo solo che si tratta di un soggetto originariamente deficiente, con caratteri netti di anoralità, che è andato e va periodicamente soggetto a gravi stati psicopatici, accompagnati da vivaci disturbi sensoriali, prevalentemente costituiti da allucinazioni uditive.

Il fenomeno che ci occupa, si può provocare nella M. in tutti i territori della cute, ma su quella del dorso è più spiccato che altrove (Fig. 1). Se noi su questa regione con uno strumento a punta ottusa tracciamo delle lettere o dei segni, vediamo subito apparire una stria rossa angio-paralitica. Dopo circa quattro minuti la pelle si comincia a sollevare in forma di cordone nodoso, risultante dall'unione di tanti piccoli pomfi.

Se questi vengono punti con uno spillo fuoriesce siero sanguinolento. Questa specie di cordone alto circa tre millimetri, di color rosso scuro, dopo circa 15 minuti principia lentamente a scomparire, finchè dopo mezz' ora non si ha più traccia del sol-

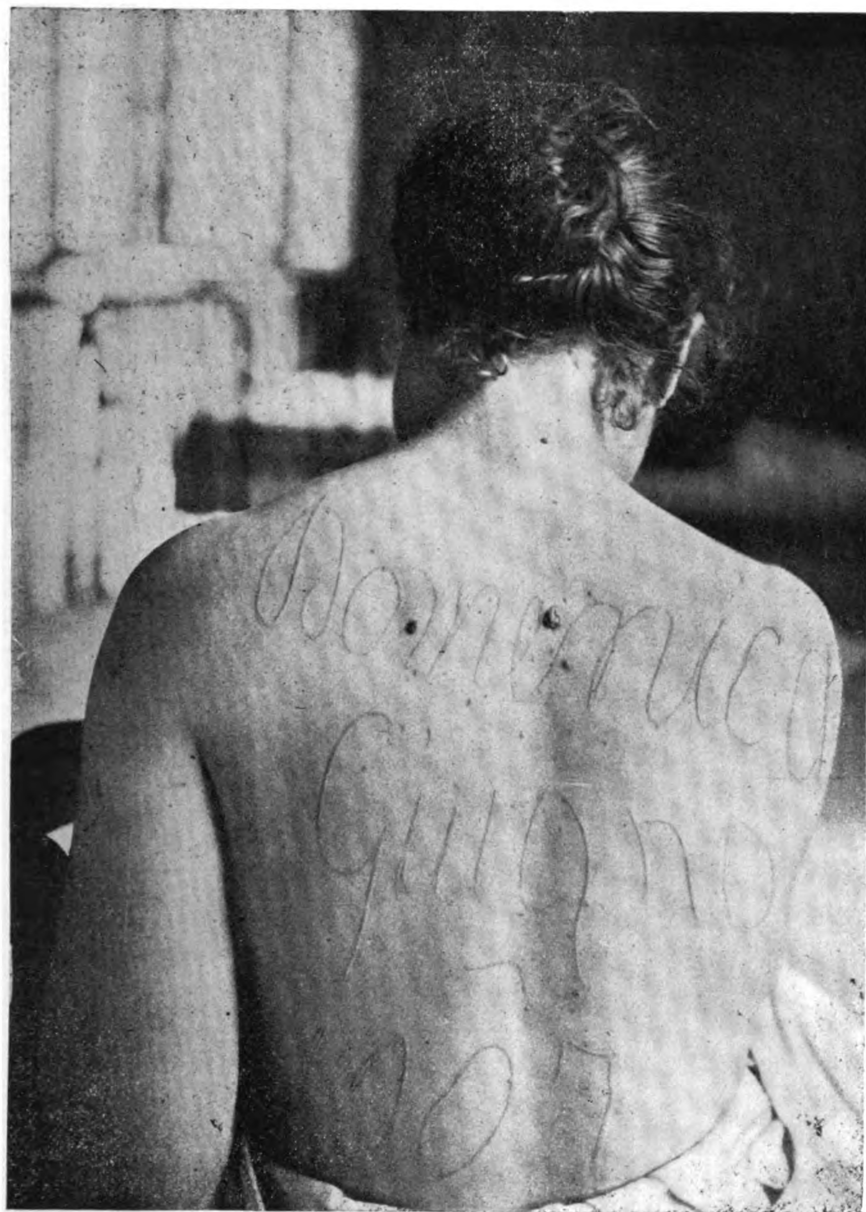


Fig. 1

levamento cutaneo; la stria rossa permane ancora bene evidente per circa cinque ore.

Queste linee orticate non sono affatto pruriginose.

*
* *

D. I., di anni 30, nata a Scandriglia da famiglia di contadini. Padre alcoolista, un fratello della D. fu condannata per omicidio.

La D. è nata a termine, fu mestruata a 13 anni. Cattiva ed irritabile fino da piccola, nella sua prima giovinezza ci è descritta bugiarda, civetta, strana, incline a commettere dispetti e cattive azioni anche senza causa apprezzabile.

Maritatasi a 18 anni, e morto il marito dopo un anno di matrimonio, benchè rimasta con una bambina si dà quasi subito alla prostituzione, prostituzione di campagna, dalla quale trae solamente i pochi denari che occorrono per vivere una vita misera e grama.

Un giorno la D. rimane incinta; la gravidanza si svolge normalmente; essa va mostrandola per tutto il paese, quasi ostentando il suo stato che del resto nessuno le rimprovera, e venuta l'epoca del parto, sgrava senza aiuto di levatrice, ed in presenza dell'altra figlia di otto anni strozza senz' altro il suo secondo nato.

La mancanza di una causale logica del delitto, impressiona alquanto il giudice, il quale ordina la traduzione della D. al manicomio per la osservazione giudiziaria.

La D. è donna robusta e ben nutrita, di statura un po' inferiore alla media; i lineamenti fisionomici sono marcati e dànno al suo aspetto un colorito di durezza. Cranio piccolo in confronto dello sviluppo della faccia, regolarmente ovalare. Fronte bassa e larga. Naso piccolo a grande base, tendente alla forma camusa.

Le funzioni della vita vegetativa si compiono regolarmente.

Nell'esame neurologico si rileva di interessante una marcata ottusità al dolore estesa a tutta la cute uniformemente; non vi

sono affatto zone speciali di anestesia o di iperestesia così facilî a ritrovarsi nelle isteriche.

Troviamo pure la mancanza di riflessi cutanei superficiali, ed una debolezza marcata dei congiuntivali e palpebrali. Sono invece presenti e normalmente vivaci i corneali ed i faringei. La pressione sulle regioni ovariche non reca dolore. Il campo visivo si mostra normalmente ampio, tanto per il bianco, quanto per gli altri colori.

L' esame delle orine dà per normale la formula dei fosfati.

Non vi sono insomma punti d'appoggio per la diagnosi di isterismo.

Quanto allo stato psichico, noi non abbiamo nella D. una ammalata di mente, ma un soggetto intellettuamente deficiente, con sentimenti etici ed affettivi quasi del tutto mancanti; facilità agli impulsi, spiccata tendenza al mendacio: in una parola, il tipo somatico e psichico della « prostituta nata » di Cesare Lombroso.

Anche nella D. il dermografismo si provoca più facilmente e più evidente al dorso che in altre regioni della cute; subito dopo il passaggio di uno strumento ottuso adoperato anche a debole pressione, si nota la formazione di un' unica linea biancastra, cui quasi subito succedono due linee arrossate parallele fra loro; in capo a due minuti si nota la formazione di tanti piccoli rilevamenti pomfoidi, i quali via via vanno ingrandendosi ed acquistano un volume ed un rilievo considerevole (Fig. 2).

In capo a cinque o sei minuti il fenomeno è giunto al suo acme, e vi permane per mezz' ora per incominciare a declinare lentamente, finchè dopo circa quattro ore ogni accenno di rilievo è scomparso.

Anche qui, come nel caso precedente, le grandi linee pomfoidi non sono affatto pruriginose.

*
* *

Le opinioni dei diversi autori intorno alla essenza ed al significato del fenomeno « dermografismo » si possono qui brevemente riassumere.

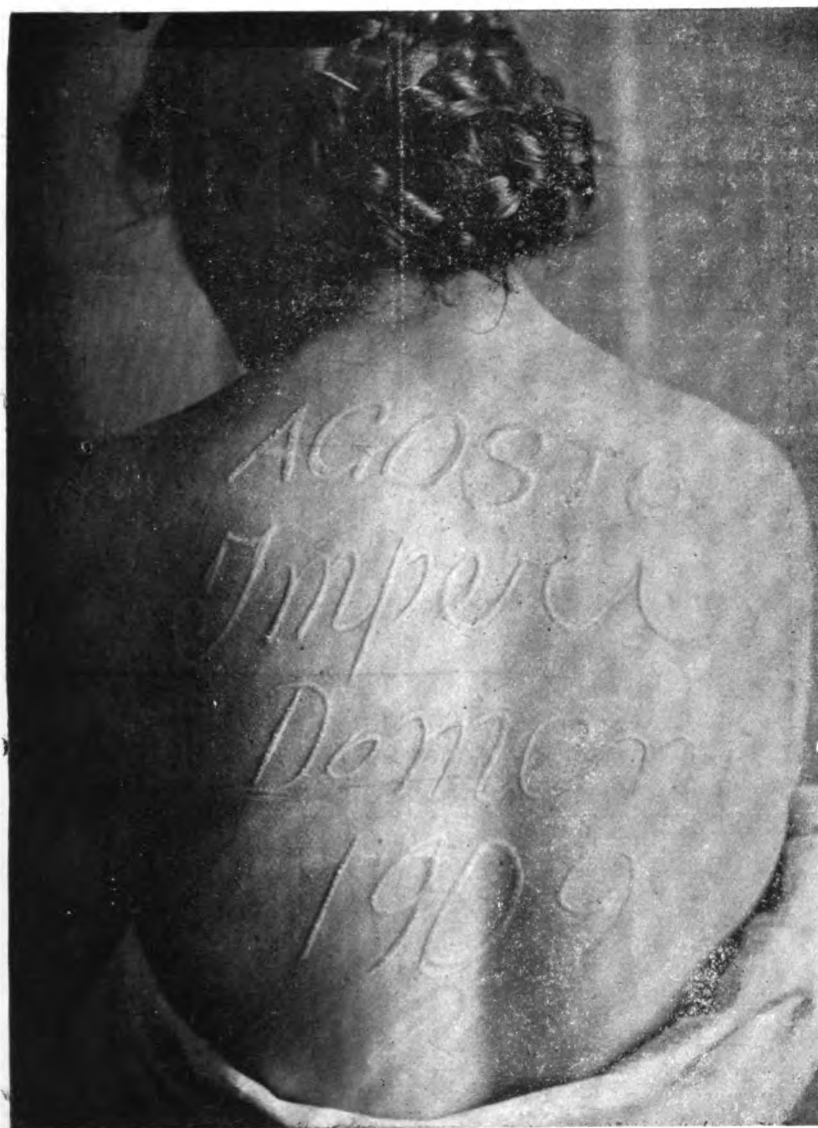


Fig. 2

sono affatto zone speciali di anestesia o di iperestesia così facilî a ritrovarsi nelle isteriche.

Troviamo pure la mancanza di riflessi cutanei superficiali, ed una debolezza marcata dei congiuntivali e palpebrali. Sono invece presenti e normalmente vivaci i corneali ed i faringei. La pressione sulle regioni ovariche non reca dolore. Il campo visivo si mostra normalmente ampio, tanto per il bianco, quanto per gli altri colori.

L' esame delle orine dà per normale la formula dei fosfati.

Non vi sono insomma punti d'appoggio per la diagnosi di isterismo.

Quanto allo stato psichico, noi non abbiamo nella D. una ammalata di mente, ma un soggetto intellettuamente deficiente, con sentimenti etici ed affettivi quasi del tutto mancanti; facilità agli impulsi, spiccata tendenza al mendacio: in una parola, il tipo somatico e psichico della « prostituta nata » di Cesare Lombroso.

Anche nella D. il dermografismo si provoca più facilmente e più evidente al dorso che in altre regioni della cute; subito dopo il passaggio di uno strumento ottuso adoperato anche a debole pressione, si nota la formazione di un' unica linea biancastra, cui quasi subito succedono due linee arrossate parallele fra loro; in capo a due minuti si nota la formazione di tanti piccoli rilevamenti pomfoidi, i quali via via vanno ingrandendosi ed acquistano un volume ed un rilievo considerevole (Fig. 2).

In capo a cinque o sei minuti il fenomeno è giunto al suo acme, e vi permane per mezz' ora per incominciare a declinare lentamente, finchè dopo circa quattro ore ogni accenno di rilievo è scomparso.

Anche qui, come nel caso precedente, le grandi linee pomfoidi non sono affatto pruriginose.

*
* *

Le opinioni dei diversi autori intorno alla essenza ed al significato del fenomeno « dermografismo » si possono qui brevemente riassumere.

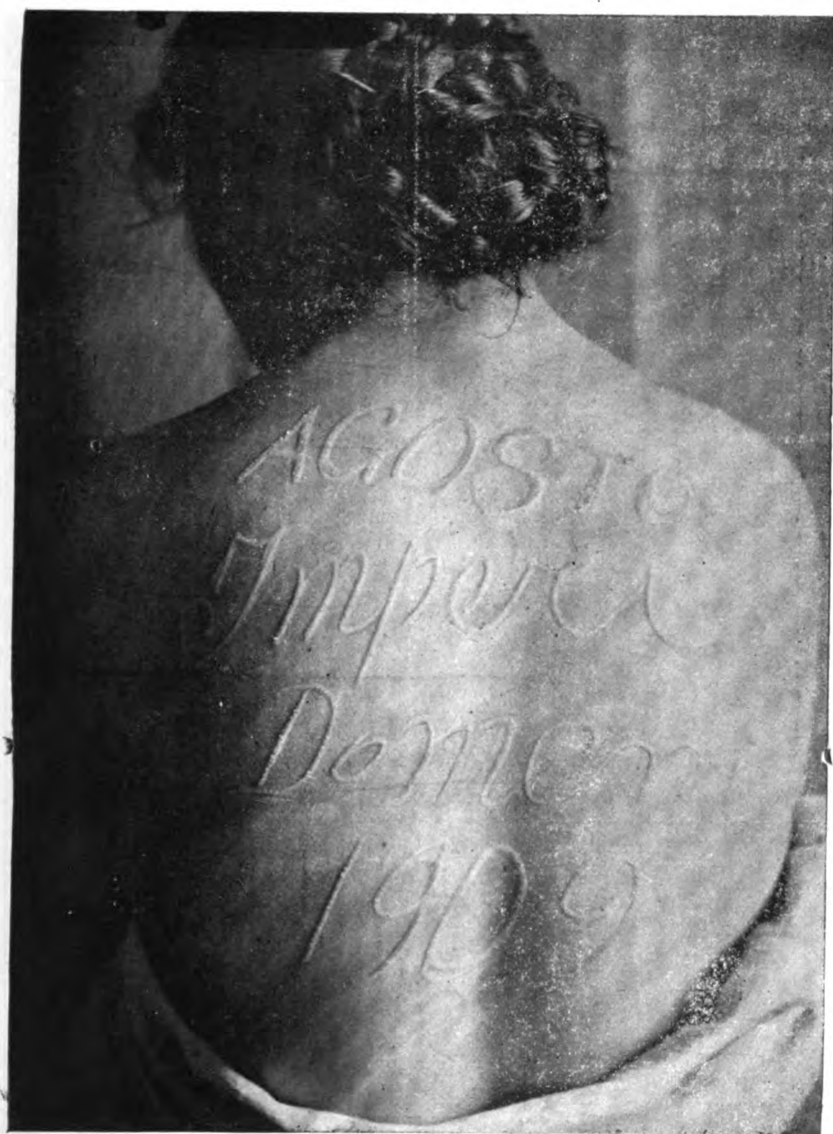


Fig. 2

Non vi è dubbio che si tratti tanto nel dermografismo piano, quanto nella *urticaria factitia* di una reazione vaso-motoria, la quale presenta le più svariate gradazioni di intensità e di durata; reazione vaso-motoria che succede ad uno stimolo esercitato sulla pelle, e che quindi, quando non assuma certi caratteri speciali, deve nella più parte dei casi considerarsi come semplice espressione di un fatto normale.

Verga e *Gonzales* ritennero che fossero espressione di un fatto anormale tanto la mancanza assoluta o quasi di dermografismo, quanto il dermografismo marcato e persistente, e riconobbero normale il dermografismo transitorio e fuggevole.

Anche *Fauconnier* crede che in molti casi di dermografismo si tratti più che di un fatto patologico di una reazione semplice e banale da considerarsi veramente entro i limiti della normalità.

Giova notare quindi, che in alcuni dei lavori sopra ricordati, non si è dagli autori fatta una distinzione abbastanza netta e decisa, fra la semplice reazione riflessa vaso-motoria e l' *urticaria factitia* di *Gull.*

Anche volendo ammettere che certi casi di dermografismo semplice siano persistenti, siano veramente la espressione di un fatto anormale, noi non sapremmo scorgere in essi più di una esagerazione sia pure accentuata di un fenomeno normale, mentre ben diversamente pensiamo che sia nel dermografismo pomfoide. — In questo noi scorgiamo non solo la più alta espressione del fenomeno, ed il maggior disordine della innervazione vaso-motoria, ma il sollevarsi dei pomfi che è dovuto all' accumularsi di una certa quantità di siero nelle trabecole cutanee, costituisce a nostro avviso un fatto tutto speciale che ci ricorda l' azione stimolante che può essere esercitata sulla pelle da alcune sostanze tossiche e che per queste loro proprietà vengono appunto dette urticanti.

Ci sembra quindi giusto e logico lo stabilire una differenza essenziale fra il dermografismo piano e la *urticaria factitia,* e di riserbare a quest' ultima solamente l' attribuzione di fenomeno veramente patologico.

Purtroppo non essendo ancora ben definite le nostre cono-

scenze intorno alla innervazione vasale in rapporto ai centri cerebrali e spinali vaso-costrittori e vaso-dilatatori *(Luciani)*, i quali ultimi specialmente sono molto indeterminati, non è possibile spiegarsi con sicurezza il meccanismo di formazione dei pomfi non essendo per noi sufficiente a determinare l'accumulo del siero nelle trabecole cutanee, il solo fenomeno angio-paralitico.

Noi possiamo pensare con *A. Morselli* ad una probabile condizione patologica di questi centri, in rapporto alle loro funzioni vaso-motorie.

Riguardo al significato semeiologico dell' *urticaria f.* poche altre parole spenderemo.

È opinione quasi generalmente diffusa che l' *urticaria f.* sia un sintomo d'isterismo. A dimostrare che ciò non sempre sia vero valga la descrizione dei due casi riferiti, uno dei quali già comunicato da uno di noi in una seduta dell' Istituto Umbro di Scienze (1).

Sarebbe veramente strano se in tutte e due le nostre criminali, che non presentano affatto sintomi d'isterismo l'*urticaria f.* comparisse come unica manifestazione della sindrome isterica in genere così varia e complicata.

Noi propendiamo piuttosto a ritenere il dermografismo pomfoide come stigmata degenerativa. Ed in questa opinione ci conforta il fatto che le due criminali sono tipi di donne somaticamente e psichicamente inferiori. Basta dare soltanto uno sguardo al sunto delle storie cliniche riportate per persuadersi di questo.

Al concetto d'isterismo potremmo arrivare seguendo le teorie, del resto suggestive, del *Chaparède* e del *Metchnikoff,* ricordate nel lavoro del *Morselli.* Solo in questo caso la presenza dell'*urticaria f.* starebbe a dimostrare, quasi a traverso l' isterismo, la costituzione anormale e degenerativa dei due soggetti; solo cioè se ammettiamo che sia nell' isterismo una « tendenza alla rever-

(1) BENEDETTI A. — « Urticaria factitia in una imbecille criminale ». (Seduta dell' Istituto Umbro di Scienze del 18 marzo 1909).

sione, all'atavismo » *(Chaparède)* o che « in ogni forma di manifestazione isterica siano da ricercare delle reminiscenze del nostro passato preistorico » *(Metchnikoff)*. In tal caso l' *urticaria* sarebbe il ricordo ora esagerato rispetto allo stimolo, di una delle importanti funzioni di protezione e di difesa dell' organismo. E quantunque l' ipotesi sia abbastanza ardita, siamo più proclivi ad accettar questa, almeno in casi simili ai nostri, piuttosto che la spiegazione più banale e semplice, ma meno persuasiva, che si tratti cioè di una manifestazione monosintomatica di isterismo.

Nota. — Ultimamente abbiamo avuto occasione di esaminare un criminale (G. F. Cartella nosografica N. 7356) imputato di mancato omicidio, che presentava note degenerative spiccate, senza disturbi della sensibilità e senza alcuna stigmate isterica. Anche in questo soggetto era notevolissimo il fenomeno dell' *Urticaria factitia.*

BIBLIOGRAFIA

GULL W. — On factitious urticaria. (*Guy' s Hosp. Rep.*, 1859).

ZUNKER. — Ueber zwei Fälle von vasomotorischen neurosen. (*Berlin Klin. Wochenschrift,* 1875).

DUJARDIN-BEAUMETZ. — Note sur les troubles vasomoteurs de la peau observés chez une hystérique. (*Union Med.*, décembre 1879).

AXENFELD. — Traité de nevroses. (Paris, 1883).

CHAMBARD. — Dermatonévrose stereographique chez un imbécile alcoolique. (*Archives de nevrologie,* Janvier, 1889).

SWOFF. — Un cas d'orticaire graphique. (*Annales medico-psych.* 1888).

MORSELLI A. — Sul dermografismo isterico. (*Bollettino della R. Accademia Medica di Genova,* anno XXIII, n. 3, 1908).

FÉRÉ e LAMY. — Cit. da Verga e Gonzales.

VERGA B. e GONZALES. — Il dermografismo nei pazzi. (*Riv. di Pat. nerv. e mentale,* vol. VIII, fasc. 4, 1903).

MILELLA G. — Contributo allo studio del dermografismo. (*Annali di Nevrologia,* anno XXVIII, fasc. I).

FAUCONNIER H. — Congresso Alienisti e Neuropatologi di Francia. (*L'Encephale,* 10 settembre 1910).

LUCIANI. — Fisiologia dell' uomo, vol. I.

CLAPARÈDE. — Quelques mots sur la definition de l'hysterie. (*Archives de Psychologie,* octobre 1907).

METCHNIKOFF. — Essais optimistes (pag. 258 e seg., Parigi, 1907).

MANICOMIO PROVINCIALE DI ANCONA

LABORATORIO DI ANATOMIA PATOLOGICA DIRETTO DAL PROF. G. MODENA

UN CASO DI SCLEROSI IN PLACCHE

d'origine sifilitica

PER IL DOTT. NINO DE PAOLI

MEDICO PRIMARIO

(CON UNA TAVOLA)



MANICOMIO PROVINCIALE DI ANCONA

LABORATORIO DI ANATOMIA PATOLOGICA DIRETTO DAL PROF. G. MODENA

UN CASO DI SCLEROSI IN PLACCHE

d'origine sifilitica

PER IL DOTT. NINO DE PAOLI

MEDICO PRIMARIO

(CON UNA TAVOLA)



MANICOMIO PROVINCIALE DI ANCONA

LABORATORIO DI ANATOMIA PATOLOGICA DIRETTO DAL PROF. G. MODENA

UN CASO DI SCLEROSI IN PLACCHE

d'origine sifilitica

PER IL DOTT. NINO DE PAOLI

MEDICO PRIMARIO

(CON UNA TAVOLA)



È pur sempre viva tra i neuropatologi la discussione se la sclerosi in placche che talvolta si osserva in individui sifilizzati sia una manifestazione luetica oppure una fortuita associazione delle due forme morbose. Non mancano i sostenitori dell' una e dell' altra tesi.

L' opportunità che io ho avuto di studiare un caso di sclerosi disseminata in individuo luetico mi fa riprendere la questione. Sfogliando la letteratura trovo che *Perrin* e *Parisot* parlano di un uomo di 40 anni nel quale si aveva leggero nistagmo, tremore intenzionale, esagerazione dei riflessi, clono del piede. Mancava atassia, non esistevano disturbi sfinterici, fra i precedenti personali non si aveva che un attacco di emiplegia. Diagnosticata una sifilide cerebro-spinale a forma di sclerosi in placche iniziarono una cura con iniezioni di olio grigio e dopo tre mesi di cura la maggior parte dei disturbi era scomparsa. *Carrier* descrive una sclerosi in placche infantile a forma emiplegica d' origine probabilmente eredo-sifilitica. Si trattava di un bambino di 12 anni nel quale i primi sintomi si erano iniziati cinque anni prima. La malattia aveva tutte le apparenze di una emiplegia spasmodica con leggiero tremore intenzionale del membro superiore. Lo studio istologico dimostrò lesioni disseminate senza sistematizzazione alcuna ed aventi l' aspetto di sclerosi multipla.

Kuckro ha visto svilupparsi in un uomo di 30 anni, otto

anni dopo l' infezione luetica, paresi, incoordinazione nei muscoli delle gambe, dolori di testa, vertigini.

All' esame obiettivo riscontrò paresi spastico-atassica delle gambe, sintoma di Babinski, esagerazione dei riflessi, disturbi della coordinazione nella mano destra, emiipoestesia destra, iposmia, ipogeusia, ipoacusia a destra, impallidimento temporale delle pupille, scotoma a destra, scotoma a settore a sinistra.

Iniziato un trattamento specifico si ebbe un certo miglioramento, ma in seguitò, cessata la cura, si manifestò una paraplegia spastico-atassica che con rinnovata cura migliorò.

Non ostante questo l'A. crede trattarsi di scleri si multipla.

De Santis e *Lucangeli* discutendo tre casi di sclerosi multipla infantile famigliare convengono che c' è una forma propria della sifilide ereditaria cerebro-spinale che compare nei fanciulli e non va confusa con la comune sclerosi multipla.

Gli Autori sostengono anche che è clinicamente differenziabile dalla sclerosi in placche d' origine non sifilitica. *O. Stal* tratta della descrizione minuziosa del midollo spinale in 4 casi di sifilide spinale con speciale riguardo al modo di comportarsi dei vari fasci. Le alterazioni osservate non consistono in affezioni primarie sistematiche nel senso di Flechsig, ma in sclerosi non sistemate o pseudo combinate. *E. Long* e *B. Vokhi* in un caso notarono lesioni sclerotiche in focolai multipli che costituivano il punto di partenza di degenerazione secondarie sistematizzate, lesioni vascolari e perivascolari. Il caso studiato dagli autori era appunto di sifilide spinale cronica. *R. T. Williamson* parla di un giovanotto sifilizzatosi nel 1888 il quale cominciò dopo cinque anni ad avere disturbi della minzione e debolezza degli arti superiori. Con alternative di peggioramento e miglioramento arrivò l' epoca in cui morì presentando paraparesi, iscuria, vomito.

All' autopsia, oltre a molteplici lesioni di indubbia natura sifilitica, notò placche sclerotiche irregolari.

U. Bernardelli riferisce un caso che serve a confermare la divisione che si fa generalmente dei casi di sclerosi in due classi comprendendo nella prima i casi tipici della malattia, nella seconda i casi anomali dovuti specialmente a sifilide, anatomicamente caratterizzata da distruzioni dei cilindrassi nelle placche.

Bechterew descrive un caso nel quale si aveva una gomma nel talamo ottico sinistro, lesioni sifilitiche nell' arteria basilare, nella parte posteriore del circolo del *Willis,* nella cerebellare superiore anteriore e focolai sclerotici in gran numero nel cervello, nel midollo e nelle radici spinali.

Catola illustra due casi trattandoli sotto il punto di vista clinico ed anatomo-patologico. Per le lesioni riscontrate, l' autore conclude che i focolai di sclerosi sifilitica possono avere tutti i caratteri istologici della sclerosi in placche comune. Ammette pure che la sifilide possa avere una discreta importanza nella eziologia della sclerosi in placche e che ne esista una forma in tutto identica a quella originata da altre infezioni.

William G., Spiller e Andrew H. Voods dicono che è possibile constatare all' autopsia delle placche con i caratteri della sclerosi, mentre il malato non aveva presentato alcun sintomo di questa malattia, ma solamente una sifilide midollare clinicamente tipica Descrivono un caso nel quale all' autopsia si distinguevano delle placche d' aspetto identico a quello della sclerosi in placche e concludono che, pure esistendo delle differenze istologiche, una sifilide spinale anatomicamente tipica si può manifestare clinicamente con il quadro della sclerosi in placche.

Lang in una donna sifilitica di 47 anni notò paralisi della gamba destra con disturbi della sensibilità e del senso muscolare dallo stesso lato e disturbi degli sfinteri. Si ebbe una pausa e quindi un peggioramento con paresi e anestesia della gamba destra. La morte avvenne per malattia intercorrente. Nel midollo cervicale rinvenne due tipici focolai sclerotici con proliferazione della glia e del tessuto interstiziale e distruzione della mielina.

Nella parte superiore del midollo dorsale trovò una più diffusa sclerosi, con aumento dei vasi e ispessimento delle loro pareti. Esistevano numerosi corpi amiloidi, rigonfiamento dei cilindrassi e delle cellule gangliari. L' A. crede trattarsi di due processi indipendenti l' uno dall' altro e che solo la sclerosi diffusa sia dovuta all' azione della sifilide.

H. Schlesinger descrive il caso di un fanciullo affetto con ogni probabilità da sifilide ereditaria il quale, essendo affetto da morbillo, presentò sintomi di lesione del sistema nervoso che in breve scomparvero. Si presentarono però di nuovo sotto forma di disturbi della vista: da allora progredirono presentando però delle remissioni e esacerbandosi di quando in quando. Si ebbe paralisi spastica alle estremità inferiori, più tardi leggera paresi ed atassia agli arti superiori, disturbi rilevanti della sensibilità nella metà inferiore del corpo, disturbi nell' orinare e nel defecare, priapismo. Il ragazzo divenne amaurotico, disartrico, sordastro: insorse paralisi del facciale e dei muscoli estrinseci dell' occhio; dal lato psichico si stabilì un vero stato demenziale e dopo 16 mesi il paziente morì.

Alla necroscopia rinvenne numerosi piccoli focolai nel midollo, nel midollo allungato, nei peduncoli cerebrali, nel cervelletto, nel cervello. Nei focolai il tessuto nervoso era profondamente alterato e caduto in distruzione, i cilindrassi apparivano nudi, si vedevano fibre con notevole alterazione della guaina mielinica, le cellule erano meno lese delle fibre, la degenerazione secondaria leggera, la glia aumentata. In qualche focolaio i cilindrassi erano più scarsi.

Cardarelli riferisce di un uomo di 43 anni che a 19 aveva avuto ulcera sifilitica. La malattia esordì con debolezza alle estremità inferiori, impotenza. Un anno prima aveva avuto disturbi della vista e del linguaggio. L' A. notò: andatura barcollante, incesso a gambe larghe, sintoma di Romberg, tremore intenzionale, tremori fibrillari nei muscoli della lingua, del massetere, parola

scandita, patellari mancanti, fortissima diminuzione della vista, nistagmo, pupille miotiche rigide, atrofie degli ottici da tutte e due le parti. L' A. crede trattarsi di una combinazione della tabe con una sclerosi multipla a base sifilitica, la quale spiega anche l' apparire della sclerosi in piastre in età matura.

Sachs parlando della diagnosi differenziale fra sclerosi multipla e sifilide del sistema nervoso, crede pur esso che nei sifilitici possa svilupparsi una forma di sclerosi multipla.

Ladame riporta un caso in cui, in base all'esame clinico e anatomico, suppone che la sifilide spinale e la sclerosi multipla si siano combinate assieme.

Nonne cita un caso interessante: un uomo, già sifilitico, ebbe insorgenza di sclerosi dei cordoni posteriori, la moglie di sclerosi multipla. Lo stesso Autore osserva che la diagnosi differenziale fra la sclerosi sifilitica e la sclerosi in placche può presentare delle difficoltà perchè quest' ultima può svilupparsi in individui sifilitici, e continua dicendo che la sclerosi multipla mostra un quadro appena differenziabile, in certi casi, da forme sifilitiche perchè la lue del sistema nervoso assomiglia alla sclerosi, ambedue ledendo a focolaio, midollo e cervello: però sostiene che, quando in un individuo, affetto da sclerosi multipla vi è lue, questo non ha alcuna importanza perchè è certo che la sifilide non ha alcuna influenza nella genesi della sclerosi multipla pura.

È ben vero, continua, che *Züst* nella riunione dei Naturalisti Strasburghesi nel 1885 ha citato un caso che egli denomina di sclerosi multipla del cervello in seguito a sifilide perchè il paziente era luetico e perchè i fenomeni regredirono in seguito a cura specifica, ma egli, associandosi a *Rumpf*, confuta la diagnosi di sclerosi mancando il tremore intenzionale, perchè il tremore vi era anche nel riposo e perchè manca il reperto necroscopico.

Che la sifilide possa essere causa dello stabilirsi di sclerosi

disseminata a me pare che sia evenienza tutt'altro che impossibile tanto più trattandosi di una malattia tossico-infettiva, che ıede a focolai e a preferenza il sistema nervoso.

L'esperimento viene sotto alcuni riguardi in appoggio a queste sedute.

Ceni e *Besta* ottennero in un cane, al quale era stata iniettata una certa quantità di tossine d'*aspergillus fumigatus*, delle lesioni a focolaio caratterizzate da alterazioni infiammatorie intense dei vasi, con infiltrazione cellulare della parete e specialmente dell'avventizia e dei tessuti vicini.

Blunowich e *Iacoby* descrissero un caso di sclerosi in piastre conseguente ad intossicazione mercuriale.

Raymond e *Guillain* ne descrissero un caso in un fanciullo mixoedematoso.

Benstein sostiene che vi sono dei casi in cui il processo istopatologico comincia dalle guaine mieliniche e per quanto l'eziologia sia oscura si può ammettere l'esistenza di tossine ancora ignote che distruggerebbero qua e là il tessuto nervoso e che darebbero origine ad una proliferazione secondaria di glia.

Riferendo ora il mio caso debbo dire che dell'ammalato si hanno poche e non precise notizie. Alquanto frammentari sono gli esami di cui ho potuto avere la relazione. Io quindi devo limitarmi a considerare il mio caso dal lato anatomo-patologico: si aggiunga che non è stato possibile fare l'intera autopsia: di nascosto della famiglia, che si opponeva alla sezione, si è potuto esaminare soltanto il cervello ed il midollo.

Ho saputo che il padre di Gh...... è morto di paralisi (probabilmente di emoraggia) a 80 anni, la madre di tubercolosi. Una sorella, l'unica che abbia avuto, è vivente e sana.

L'ammalato era assai dedito a Bacco e Venere, e per sicuro si sa che, prima di prendere moglie, si contagiò di sifilide e che

non fece mai cura regolare. Dal suo matrimonio nacquero due figli, il primo dei quali ha or 18 anni e sta bene, soltanto è un po' gracile, il secondo nato invece ha presentato nella prima infanzia caratteristiche di rachitide, non ha mai parlato, ha avuto delle convulsioni ed è morto a cinque anni di età. La moglie è morta per tubercolosi.

Nel 1896 il Gh.... che, per l' addietro era stato bene, si accorse di una progressiva diminuzione di vista. Fece diverse cure, in seguito alle quali i disturbi visivi parvero dissiparsi. Ma contemporaneamente o subito dopo ebbe disturbi alle braccia: formicolio da prima, paresi in seguito, in fine paralisi.

Gli furono prescritte cure elettriche ed il suo stato parve migliorarsi alquanto, ma quasi subito dopo, le gambe dapprima si indebolirono, divennero poi paretiche e quindi paraplegiche. Si stabilì una forma netta e precisa di paraplegia spastica. Curato con cure elettriche e punte di fuoco parve migliorare alquanto. Presentava allora i seguenti sintomi: dolori lancinanti alle estremità inferiori, paresi del retto esterno dell' occhio destro, nistagmo orizzontale, pupille anisocoriche, tremore intenzionale alle mani, paraplegia spastica con esagerazione dei riflessi d' ambo i lati. Fu fatta diagnosi di tabe dorsale spastica e gli fu prescritta una cura specifica. Le sue condizioni migliorarono alquanto, scomparvero infatti i dolori lancinanti ed il tremore alle mani. Poco tempo però durò il miglioramento: fu in seguito accolto all' ospedale civile. Venne intanto avvanzata la diagnosi di sclerosi in placche. Comparvero disturbi della vescica e del retto, cominciò a nutrirsi poco, cadde rapidamente in stato di marasma e morì.

All' autopsia si rinvennero delle placche sclerotiche diffuse alla protuberanza, bulbo e midollo.

Naturalmente non era stata eseguita la siero-diagnosi di *Wasserman*: l' ammalato ebbe le prime manifestazioni nel 1896,

morì circa sei anni fa ed a quell' epoca nessuno pensava alla sieroreazione.

I pezzi delle varie regioni del midollo e del cervello sono stati fissati in alcool ammoniacale per il metodo *Cayal,* i mordente *Weigert* per la nevroglia, in bicromato per in metodo *Weigerl-Pal.* Ho così potuto eseguire ricerche sulle fibrille solo col metodo *Cajal.* Ho ricercato le degenerazioni con il metodo *Donaggio* e col metodo *Marchi,* ho studiato i vasi eseguendo il metodo *Mann* (secondo le indicazioni di *Cerletti).*

Dirò subito che ho riscontrato lesioni in tutto il midollo bulbo, protuberanza. Non sono riuscito a scoprirne nelle varie parti del cervello, nè nel cervelletto.

Il numero e la forma di queste placche, disseminate lungo tutto il midollo e nel tronco cerebrale rendono impossibile una particolare descrizione di esse. Mi limito quindi ad un cenno delle più importanti, che riproduco nelle microfotografie annesse.

Nella parte cervicale del midollo si nota una zona che resta incolore col metodo *Weigert Pal,* che colpisce i fasci di *Goll* d' ambo i lati alla porzione mediale, mentre al livello del rigonfiamento un fatto simile si nota a carico del piramidale di destra (nella sezione). In sezioni inferiori a queste, è colpito tutto il corno posteriore di destra, il cordone posteriore, il fascio di *Goll* e di *Burdach* (del quale però una piccola porzione rimane libera) come pure il cordone di *Goll* del lato opposto. La zona incolore in questa regione ha forma quadrangolare; uno dei lati corrisponde alla periferia del midollo, mentre l' anteriore si mette in rapporto colla commessura mediana.

Il fascio piramidale di sinistra è solo lievemente colpito. A poco a poco la zona assume forma circolare colpendo il piramidale di destra, i fasci di *Goll* e di *Burdach.* In altre sezioni rimane colpito soltanto il piramidale di destra, l' apice del corno posteriore e la zona di *Lissauer.*

Midollo dorsale.

Al livello della porzione dorsale superiore rimane colpito il fascio piramidale diretto, più specialmente a destra ove il fascio fondamentale del cordone anteriore è leso.

Una piccola zona incolore si nota a carico dei fasci di *Goll*, da prima in forma circolare, poi triangolare con la base rivolta verso la commessura mediana.

In altre sezioni invece è il fascio di *Burdach* ed in parte, a destra, il fascio di *Goll* che non assume la colorazione. Pure a destra resta colpito dal processo la sostanza grigia, il cordone laterale ed anteriore; a sinistra la lesione è meno grave, ma a poco a poco si aggrava, si diffonde colpendo tutto il midollo di cui rimane libera soltanto una piccola porzione alla periferia, che in seguito si riduce ancor più piccola.

Midollo lombare.

È lesa quella parte del midollo che dalla porzione latero posteriore dal corno di destra dirigendosi all' esterno e dall' indietro raggiunge la periferia del midollo. Nell' altra metà si notano le stesse lesioni per quanto meno accentuate e tali si mantengono nelle sezioni inferiori del midollo lombare e sacrale.

Bulbo.

Sono colpite le fibre arciformi, il nucleus funiculi cuneati, il fascio cerebellare diretto, la base delle corna posteriori, il fascio di *Goll* e di *Burdach*, le fibre del decimo, del nono dell' ottavo paio e le fibre del peduncolo cerebellare inferiore a destra. Dall' altra parte si notano le stesse lesioni con caratteri però meno marcati. In altre sezioni, mentre la parte ventrale del bulbo si presenta con le sue formazioni abbastanza distinte, a sinistra

una zona colpisce tutta la porzione che sta attorno all' oliva e l' oliva stessa. Un fatto simile si nota a carico del lemnisco mediale subito al disopra delle piramidi, le quali non sono comprese nel processo ma che sono piuttosto pallide. Son colpite le fibre arcuate interne nella parte dorsale, le fibre arcuate esterne dorsali, il nucleus funiculi gracilis, più specialmente a sinistra.

Protuberanza.

Le fibre costituenti le due radici del trigemino si seguono bene in tutto il loro decorso.

Il fascicolo longitudinale posteriore, i fasci predorsali, il nucleo reticolare della calotta, il fascio di *Reil*, le piramidi, lo strato superficiale del ponte sono pallidi. La zona incolore è più localizzata a destra delle sezione dove colpisce completamente tutte le formazioni comprese nel piede della protuberanza; in altri preparati si vede una piccola zona incolore di forma circolare che colpisce lo strato superficiale del ponte a destra. Il peduncolo cerebrale appare normale, i fasci piramidali pure, ad eccezione dei più prossimi al nastro di *Reil;* è leso il fascicolo longitudinale posteriore. Il quarto ventricolo appare normale, il fascìo centrale della calotta è manifestamente pallido specie nella metà destra della sezione; non si scorge il nucleus reticularis della calotta ed il piede del lemnisco superficiale. L' incrociamento dei peduncoli cerebellari medi si vede benissimo. In altre sezioni appare colpita la porzione del nastro di *Reil* che si trova nel punto di passaggio fra la parte orizzontale e la verticale. Lese sono le fibre dell' oculo-motore comune.

La moltiplicità delle lesioni, la svariatissima localizzazione di esse giustifica la diffusione delle degenerazioni delle fibre nervose che io ho studiato con i metodi *Donaggio* e *Marchi* degenerazioni che sono tanto ascendenti che discendenti.

Dei metodi di *Donaggio* ho usato specialmente la prima modalità indicata dall' Autore: colorazione con ematossilina al cloruro di stagno ammoniacale, e decolorazione col metodo *Pall.* Dico subito che non posso che confermare i risultati ottenuti dal *Riva* e dagli altri autori che l' adoperarono *(Biziocchi-Cevidalli).*

Nelle zone lese infatti ho osservato fibre con contorni irregolari, nelle quali non sono più distinguibili le varie parti di esse e tali fibre sono moltissime, quasi tutte. Ma non solo nelle placche sclerotiche se ne osservano ma anche in quelle che il processo macroscopicamente ha risparmîato. Si ha l'impressîone che le fibre degenerate che si trovano nelle parti non comprese nel processo sclerotico siano in rapporto con la maggiore o minore estensione della placca.

Quasi tutti i cilindrassi sono distrutti.

Metodo *Marchi.* — Conferma quanto è stato osservato col metodo *Donaggio:* nelle parti apparentemente sane si notano pure fibre degenerate in minor numero però di quelle che si osservano col metodo *Donaggio,* nelle placche di sclerosi anche con questo metodo i cilindrassi visibili sono in numero minore.

Cellule.

Quando la sostanza grigia non rimane compresa nella zona di sclerosi le cellule non presentano un gran che da osservare: sono diradamenti o addensamenti di fibrille, spostamenti laterali del nucleo che talvolta trovasi spinto fino alla periferia. Gli spazi cellulari sono ingranditi, allargati. In generale la rete fibrillare è delicata, le fibre hanno decorso abbastanza regolare, talvolta sinuoso: alle volte sono addensate, riunite in fasci sì che ne risulta un aspetto più grossolano della rete. Il cercine nucleare è bene evidente; generalmente le fibre lunghe sono conservate meglio. Quando poi la sostanza grigia rimane colpita dal pro-

cesso sclerotico allora le cellule presentano il corpo evidentemente rimpicciolito, atrofico, la fibrillatura non è più tanto evidente, è scarsa. Le fibrille hanno colorito pallido. Questi nel midollo.

Nel cervelletto le cellule sono meglio conservate ; le cellule di Purkinie sono intatte, nel cervello non si nota alcuna variazione nell' ordine dei diversi strati delle cellule della corteccia nè alcuna lesione a carico delle fibrille che possa interpretarsi come specifica.

Nei preparati colorati col carminio si trovano numerosissimi corpi amiloidi (i quali del resto si osservano anche con tutti gli altri metodi) senza regola disposti tanto nella sostanza grigia quanto nella bianca. Oltre questi elementi se ne vedono dei più piccoli con protoplasma granuloso, di forma variabile : sono visibili ancora delle grosse cellule evidentemente di nevroglia, stellate, con nucleo centrale intensamente colorato, con protoplasma granuloso e non mancano formazioni corpuscolari a forma allungata.

Col metodo *Alzheimer* (ematossilina *Mollury*) si riescono a mettere in evidenza grossi elementi cellulari provvisti di parecchi prolungamenti, di un grosso nucleo a forma variabile, quasi sempre granuloso, generalmenle spostato verso la periferia del corpo cellulare. Non sempre si vede il nucleo; il numero dei prolungamenti è assai variabile, da pochi ad un numero discretamente rilevante. Sono più numerosi nelle placche sclerotiche e si trovano specialmente in vicinanza nei vasi. Sono cellule nevrogliche le quali non è raro osservare che contraggano rapporti con i vasi.

Ho studiato i vasi con il metodo *Mann* usato da Cerletti. I vasi hanno un decorso molto tortuoso con le tuniche molte ispessite nella loro totalità; l' ispessimento però è maggiore a carico della media e dell'avventizia; gli endoteli vasali sono rigonfi e talvolta distaccati; il lume è notevolmente ristretto. Il circostante è molto infiltrato. Queste particolarità del resto si osservano anche cogli altri metodo usati.

Col metodo *Mann* invece ho potuto talvolta osservare dei vasi circonvoluti. *(Vedi figura).*

Ne riproduco uno il quale decorre da l'alto al basso della sezione e dal quale parte una collaterale che costringe il vaso principale in una specie di nodo passandogli al davanti. Questo fatto ricorda perfettamente quanto il *Cerletti* ha osservato nelle forme senili e che è da lui considerato come conseguenza della sclerosi.

Nevroglia.

Nelle parti immuni dal processo sclerotico le fibre di nevro glia appaiono normali. Si notano grossi accumuli di elementi rotondi i quali si trovano per la massima parte contenuti nell'interno deì vasi di cui occupano generalmente tutto il lume obliterandolo, però se ne vedono anche in immediata vicinanza dei vasi stessi.

Si raccolgono generalmente negli spazi perîvascolari i quali sono, come si è detto, dilatati. Di mano in mano che dalle parti sane si va verso la parte sclerotica si nota un graduale aumento delle fibre nevrogliche, le quali, allorquando si è giunti nelle placche, costituiscono un complesso molto intricato. Attorno ai vasi formano una specie di cercine. In altre parti, mentre alle volte è dato di seguire il decorso delle fibre, non è raro osservare un aspetto punteggiato derivante dall'essere le fibrille tagliate nel senso trasversale.

Mentre i nuclei della nevroglia si trovano in numero normale dove il processo sclerotico non esiste, se ne osservano pochissimi là dove la rete fibrillare è più densa.

La rete periferica è pur essa aumentata e talvolta si ha l'impressione che le fibre, ripiegandosi su sè stesse, accennino a formare delle specie di anse. Abbastanza frequentemente si nota la formazione di grossi fasci i quali assumono l'aspetto quasi di

pennacchi. I nuclei della nevroglia hanno protoplasma molto granuloso, sono di forma rotondeggiante, di grandezza variabile. Raramente si notano cellule asteroidi.

Meningi.

Poche parole per le meningi, le quali si presentano sempre notevolmente ispessite. Dalla superficie interna partono dei sottili prolungamenti che assumendo direzione quasi verticale entrano nell'interno del midollo. Sono pure esse infiltrate.

Riassumendo, adunque, nel mio caso ho trovato delle lesioni a focolaio aventi le caratteristiche di sclerosi in placche disseminate. Nei focolai di sclerosi la maggior parte dei cilindrassi, è distrutta, si hanno fenomeni di degenerazione, i vasi hanno pareti molto ispessite, talvolta sono circonvoluti, si nota una forte infiltrazione attorno ai vasi, la glia è notevolmente proliferata specialmente nei focolai di sclerosi e nelle immediate vicinanze di essi, la meninge è notevolmente ispessita.

In base a questi sintomi fu posta la diagnosi anatomica di sclerosi in placche disseminate e meningo-mielite d'origine sifilitica.

Ricordo che nel mio ammalato era bene accertata l'infezione luetica. Importanza notevolissima si deve quindi dare alle lesioni vasali che nel mio caso erano gravi. Io qui noto soltanto il fatto e non discuterò quale delle tuniche sia la prima intaccata dal processo sifilitico.

Heubner sostiene che la sifilide cerebrale comincia sotto forma di endoarterite proliferante nell'intima dei vasi, dando luogo ad un vero sifiloma. *Weigandt* invece ha trovato infiltrazione di cellule rotonde nell'avventizia e crede che l'iperplasia dell'intima non sia che un fatto secondario.

Lang sostiene che nelle lesioni sifilitiche pure spinali, le alterazioni vasali sono di natura perivascolare e che solo nei casi

complicati da infezioni settiche secondarie si notano fatti a carico delle pareti con carattere di processi infiammatori endoarteritici. Insisto sulle lesioni dei vasi e sull'infiltrazione perivasale perchè costituiscono uno dei caratteri fondamentali su cui si basa la diagnosi dei processi sifilitici. Il mio reperto a carico dei vasi è in contradizione con quanto ha osservato *Biancone* che ha trovato vasi dilatati, con le pareti nè ispessite nè infiltrate e nessuna infiltrazione perivasale, mentre avrebbe osservato gravi lesioni a carico delle cellule nervose. Io non ho potuto notare che uno stato di atrofia del corpo cellulare quando la sostanza grigia era compresa nella zona di sclerosi, ma all'infuori di questo caso nessuna notevole lesione. Maggiori fatti invece notai a carico delle fibre nervose nei focolai di sclerosi, nei quali tutte o quasi tutte apparivano degenerate. Ho detto che queste degenerazioni si notavano specialmente con i metodi *Donaggio*, meno col metodo *Marchi*. Infatti, mentre il metodo *Donaggio* colora subito all'inizio del processo degenerativo le fibre, col metodo *Marchi* all'acido osmico non si ha colorazione se non quando la tunica di mielina è lesa.

A proposito del reperto dei corpi amiloidi che anche *P. F. Benigni* ha osservato in un caso di sclerosi in placche, si devono considerare come derivanti da distruzione delle guaine mieliniche, tanto più che si notano in maggior numero quanto più numerose sono le fibre degenerate.

W. v. Becterew, descrivendo le differenze istologiche fra i focolai di sclerosi sifilitici e quelli della comune sclerosi in placche, dice che in questi ultimi le cellule nervose si alterano ma non si distruggono completamente, nelle fibre la guaina mielinica va distrutta, ma il cilindrasse resta integro.

Oppenheim dice che nella sclerosi multipla comune molti cilindrassi sono conservati.

Redlich afferma che la persistenza dei cilindrassi, descritta

da *Charcot* e *Schultze,* è eminentemente caratteristica della sclerosi multipla pura.

Anche *Albutt* scrive: il grado di resistenza che i cilindrassi presentano di fronte ai processi distruttivi è uno dei più singolari caratteri della malattia.

Eichorst accenna alla resistenza enorme spiegata dai cilindrassi e dice che si trovano ancora in focolai molto ampi ed antichi.

Gowers scrive che i cilindrassi persistono per lungo tempo.

Se nel mio caso in tutti i focolai di sclerosi ho osservata la distruzione dei cilindrassi, questo può essere un sintoma differenziale dalla comune sclerosi.

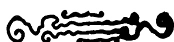
Nella sclerosi disseminata sono state descritte anche delle lesioni a carico dei vasi: ispessimento delle pareti, rigoglio del connettivo vicino, ecc. Ricordo quanto *Albutt* scrive a questo proposito: mentre in un certo numero di casi di sclerosi disseminata trovansi alterazioni in rapporto con i vasi sanguigni, la cosa non è punto costante e certe volte non presentano alcun che di abnorme a questo riguardo. Le pareti dei vasi possono essere ispessite in grado variabile, in alcuni casi l'aumento di spessore è leggero, in altri l'aumento è più forte.

A. F. Tredgold scrive che l'alterazioni vasali, che talora si osservano, debbono essere considerate semplicemente secondarie o concomitanti. Nel mio caso i vasi erano molto alterati, le lesioni si notavano a carico di tutti i vasi, da quelli di calibro maggiore a quelli di calibro minore.

Se a questo si aggiunge che era in atto una spiccata infiltrazione perivasale, si comprende come pure questi due caratteri possano servire come indizi differenziali dalla comune sclerosi.

Per avere trovato insieme riuniti tutti i caratteri anatomici che si danno per le affezioni sifilitiche, per la notata distruzione dei cilindrassi, io credo di poter concludere che nel mio caso si

trattava di una sclerosi disseminata di natura sifilitica, secondaria al processo meningitico di natura luetica e alle lesioni dei vasi, che causavano una insufficienza funzionale, da prima variabile poi permanente *(Lang-Voki)*.



BIBLIOGRAFIA.

PERRIN e PARISOT. — *Syphilis cerebro - spinale à forme de sclerose en plaques.* - *Reveu medic.* de l'Est. Gen. 1907.

CARRIER. — *Reveu neurologique,* Oct. 1902.

KUCKRO. — *Multiple Skeerose oder Lues cerebro spinalis ?* - *Munch. Medinz- Voschens,* 45-22-38.

DE SANCTIS e LUCANGELI. — *Jahresb,* 1905.

O. STALL. — *Zur patologischen Analomie der Lues spinalis.* - *Journ. fur Psychologie und Neurologie.* Bd. 12, H, 4-5-6 1909.

E. LANG e B. VOKI. — Sur l'état atrophique de la moelle épiniere dans la siphilis spinale cronique. — Nouvelle iconographie de la Salpetriere, N. 2, 1901.

R. T. WILLIAMSPN. — *The pathological canges in a case of. chronic siphilitic spinal paralysis.* - *Britis. medical journal,* 31-12-1898.

U. BERNARDELLI. — *Di un caso di sclerosi disseminata del midollo spinale da sifilide.* - *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.* Fas. 4, 1900.

BECHTEREW. — *Ueber siphylitische disseminate cerebro spinale sklerose.* - *Arch. f. Psychiat.* Bd. 28-3-1896.

CATOLA. — *Skérose en plaques et syphilis.* - *Nouvelle iconographie de la Salpetriere.* N. 4, 1906.

WILLIAM G. SPILLER e ANDREW H. VOODS. — *The Iournal nervous and mental Disease,* pag. 372, 1909.

LANG. — *Jahresb,* 1899.

H. SCHLESINGER. — *Zur frage der akuten multiplen Sklerose und der Encephalomyelitis disseminate in Kindesalter.* - *Rivista di Patologia nervosa e mentale,* 1909.

CARDARELLI. — *Jahresb,* 1897.

SACHS. — *Jahresb,* 1897.

LADAME. — *Jahresb,* 1900.

NONNE. — *Sifilide e sistema nervoso.*

GENI e BESTA. — *Sclérose en plaques experimentale par les toxines aspergillaires.* - Rivista sperimentale di freniatria, 1905.

RAYMOND e GUILLAIN. — *Societé de neurologie* - Seance de Youllet, 1904.

BLUNOWICH e IACOBY. — *Zur Aetiologie der Multiplen Sklerose.* - Deutske med. Wochen-lah, l. 23, N. 28, 1897.

BENSTEIN. — *Anatomie pathologique de la sclerose en plaques.* - Imprimerie Lodawa-Leopoli, 1904.

RIVA E. — *Lesioni primarie delle fibre nervose spinali prodotte da varie condizioni sperimentali ed esaminate col metodo Donaggio per le degenerazioni.* - Rivista di Freniatria, 1907.

CERLETTI. — *Die Gefäis vermehrung y. Zentral-nervensystem.* - Histolopathologixhe Arbeiten, hevamn. V. Prof. dr. Ir. Nissl, u. Prof. dr. Alois Alzheimer.

HEUBER citato da WEYGANDT. — *Ein Beitrag zur Histologie der Sxphilis des Centralnervensystems.* - Arch. Für Psych. Bd, 28-2-1896.

LANG. — *Note à pròpos des lesions vasculaires dans la syphilides centres nerveux.* - Reveu neurologique, 1896.

BIANCONE. — *Scpra un caso di meningo encefalite sifilitica.* - Rivista sperimentale, 1909.

P. F. BENIGNI. — *Un caso di sclerosi a placche tardive a localizzazione spinale con reperto istologico.* - Rivista di patologia nervosa e mentale, 1908.

W. V. BECHTEREW. - *Ueber syphilitische disseminate cerebro-spinale Sklerose.* - Arch. f. Psych. Bd. 28-3-1896.

OPPENHEIM. — *Trattato.*

REDLICH. — *La sclerosi disseminata-Leyden-Klemperer.* - La Clinica contemporanea. Vol. 6-a.

ALBUTT. — *Malattie del sistema nervoso.*

EICHORST. — *Trattato di patologia, ecc.*

GOWERS. — *Trattato.*

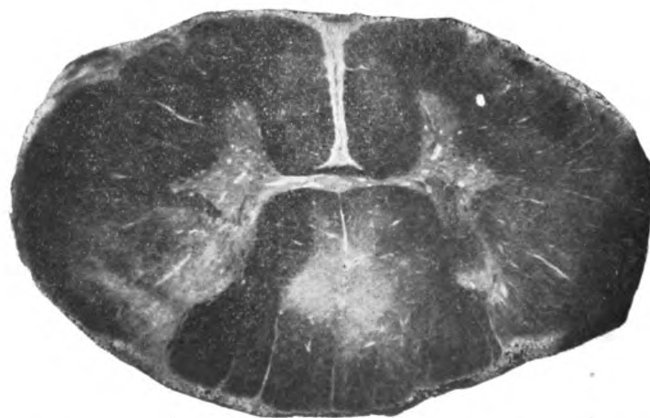
ALBUTT. — *Loco citato.*

A. F. TREDGOLD. — *Disseminated sclerosis.* - Review of Neurology and Psychiatri, Vol. 2, N. 7.

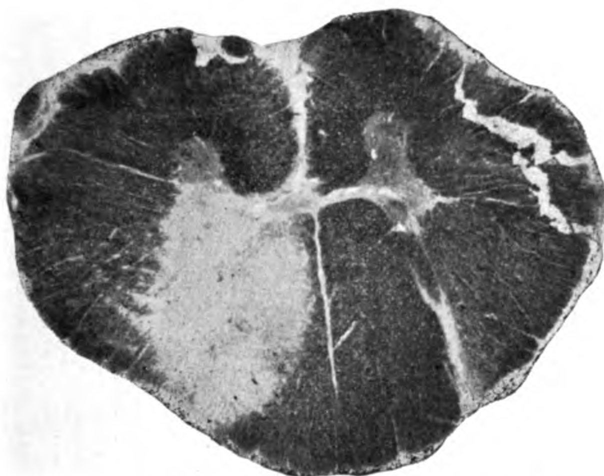
LANG-VOKI. — *Loco citato.*



Midollo cervicale — Metodo Weighert-Pall
Obb. O — Koritzka — oc. 2



Midollo dorsale — Metodo Weighert-Pall — Ingrand. id.



Midollo dorsale — coloraz. — Ingrand. idem



Vaso circonvoluto — Metodo Mann

Obb. Immersione omogenea 1|16 — Tubo aperto — Microscopio Zeiss

MANICOMIO PROVINCIALE DI GENOVA

DOTT. GIAN LUCA LUCANGELI

ACCESSI PARALLELI

di eccitamento catatonico e debolezza cardiaca

IN UN DEMENTE PRECOCE

(Contributo alle indicazioni degli oppiacei nella terapia delle malattie mentali)



Disturbi circolatori di vario genere nei dementi precoci furono già osservati da tempo. *Kraepelin* nota che « l' attività cardiaca va soggetta a grandi oscillazioni; a volte è rallentata, più frequentemente è accelerata, spesso è anche debole e irregolare ». Secondo il *Weygandt*, nei vari stati di eccitamento si ha spesso *tachicardia* e « lo sfigmogramma dimostra la prima elevazione di elasticità spostata in alto e aumentata, l' elevazione di ritorno invariata ». Ma i reperti ottenuti sulla pressione sanguigna nella demenza primitiva non sono costanti; anzi generalmente è stata trovata diminuita, da *Lugiato* e *Ohannessian*, *Besta*, *Perazzolo*; invece il *Muggia* (1) ha osservato pressioni sanguigne eguali o superiori a quelle ritenute normali. Recentemente il *Boschi* (2) ricorda che « frequenti si sono trovati gli edemi e le cianosi » e ha riscontrato quasi sempre ingrandimento dell' aia cardiaca e polso piccolo, molle, frequente, nei casi descritti di demenza precoce specialmente nelle forme catatoniche, nelle quali ultime si trattava di individui fra i 20 e i 40 anni (3).

(1) Citato, come i precedenti, del *Boschi*.

(2) G. Boschi. — *Ricerche sulla levulosuria sperimentale e accenni sulle costituzioni individuali con riguardo speciale allo studio dei dementi precoci.* - Giorn. di Psich. clin. e Tecn. man., 1908, f. III-IV.

(3) Per una svista omisi un cenno dei risultati ottenuti da *A. Graziani* (*Ricerche di sfigmomanometria e sfigmografia nei dementi precoci.* Riv. sp. di Fren., 1909, f. II-III), il quale con lo studio di 21 casi ha chiarito due problemi importanti: 1. — la demenza precoce non è punto caratterizzata da una diminuzione della pressione arteriosa, che oscilla entro limiti normali; 2. — è invece notevole in detta forma morbosa la rapida mutevolezza della ampiezza, tensione e frequenza del polso. G. L. L.

Invece non mi risultano osservazioni fatte da altri, di casi in cui i fenomeni di debolezza cardiaca insorgessero contemporaneamente con lo stato di eccitamento e avessero un decorso parallelo.

Storia Clinica.

A. Angelo, celibe, di anni 55, da S. Pier d'Arena, contadino.

Anamnesi remota. — Uno zio paterno morì al manicomio dî Genova (città), un fratello della nonna era nevrastenico.

Sembra che anche il padre, due fratelli e una sorella del soggetto siano morti nel manicomio predetto.

Verso i 9 anni di età Angelo ebbe una violenta *emozione* (forte spavento causatogli da un cane), in seguito alla quale sembra andasse soggetto a crisi di coscienza crepuscolare (stati sonnambolici). Da quell'epoca le sue funzioni intellettive cominciarono a manifestare segni ben chiari di un lieve ma continuo e ininterrotto indebolimento, che si rese evidente specialmente per il fatto che per quanto frequentasse per lungo tempo e con diligenza la scuola, a gran fatica apprese soltanto a leggere e scrivere: nozioni che ora ha dimenticato quasi completamente.

Verso i 20 anni cominciò ad avere periodi di agitazione piuttosto grave (impulsi laceratori, clastici; fughe e automatismi ambulatori, ecc.) per cuî fu ricoverato al manicomio, donde fu dimesso migliorato dopo circa 9 mesi.

Dopo 4 anni di relativa tranquillità cominciò a trascurare il lavoro in campagna e poscia lo abbandonò completamente mostrandosi nel contegno disordinato e confuso (spesso taciturno, rifiutava gli alimenti, si denudava in mezzo alla campagna, si masturbava senza alcun ritegno, ecc.).

Il 26 giugno 1880 fu ricoverato per la seconda volta nel manicomio di Genova (città) ove nell' estate del 1882 andò soggetto a catarro polmonare che ne mise a repentaglio l' esistenza.

I fenomeni demenziali andarono sempre più accentuandosi. Conservandosi in discrete condizioni di nutrizione generale ed essendo divenuto abbastanza tranquillo e composto, l' infermo fu trasferito il 30 marzo 1883, alla succursale per cronici in Varazze.

Segue un periodo di più di 5 lustri, del quale ben poco si sa. Molto probabilmente nel 32.mo anno di età presentò nuovamente sintomi di eccitamento, perchè il 22 febbraio 1888 fu trasferito al manicomio provinciale in Coronata presso Cornigliano, ove fu fatta diagnosi di *demenza consecutiva, gravemente agitata in modo ricorrente.* Da persone che l' assistettero successivamente si apprende che nel manicomio di Quarto al Mare (1) era di solito relativamente tranquillo, spesso apatico, tranne che nei periodi di lieve eccitamento, costituiti specialmente, a quanto pare, da agitazione psichica con verbigerazione, stercotipie, disturbi sensoriali visivi (spiriti, diavoli, ecc.) e qualche volta cenni di negativismo (sitofobia, ecc.) ma senza tendenze pericolose.

Sembra anche che sullo scorcio del decimo lustro di sua età cominciassero a manifestarsi lievi e fugaci edemi tibiali e malleolari.

Anamnesi recente e terapia. — Trasferito il 27 settembre 1909 in questa succursale, era abitualmente tranquillo, non agitato e punto impulsivo; in buone condizioni di nutrizione generale, ma in uno stato demenziale assai conclamato; e tale si mantenne per circa un anno.

In tale stato lo scrivente (traslocato a Spezia dalla sede centrale) trovò l'infermo, in cui riscontrò nulla di notevole, tranne una notevole apatia e indifferenza, con debolezza volitiva e qualche tic. Nessun disturbo della mobilità volontaria; in ispecial modo esclusa qualsiasi paralisi o paresi.

(1) Nel 1895 gli alienati del manicomio provinciale furono trasferiti dai locali ormai deficienti e insufficienti di Coronata, a quelli, di recente costruzione e più ampli, di Quarto al Mare, ora Quarto dei Mille.

Nel novembre u. s. il personale d'assistenza cominciò a notare, nel nostro infermo un lieve stato di irrequietezza, con diminuzione del sonno, monoligizzare quasi continuo incomprensibile, con persistenza stereotipica nella stazione eretta. Credetti opportuna la clinoterapia e, visitando accuratamente l'ammalato, riscontrai polso di frequenza lievemente aumentata (da 78 a 90 pulsazioni al m') un po' piccolo e vuoto; aia cardiaca lievemente ingrandita con suoni e toni cardiaci un po' deboli e ottusi, specialmente questi ultimi.

Nessun segno di lesioni valvolari o miocardiche nè di arteriosclerosi periferica: non dispnea nè trasudati, tranne lievi edemi malleolari evidenti specialmente alla sera. Talvolta tracce di albuminuria senza sedimenti urinari organizzati. Questi disturbi sia mentali che circolatori erano a tipo ricorrente, duravano da 3 a 6 giorni con intervalli di una settimana e anche più. Il riposo in letto dette qualche vantaggio; specialmente fece diminuire gli edemi, i quali poi scomparvero con poche dosi di diuretina, e sinora non sono più ricomparsi.

Successivamente i periodi intervallari vennero facendosi più lunghi, ma d'altra parte le crisi più protratte e con fenomeni più evidenti di eccitamento psichico. Il polso, che nei periodi di relativa tranquillità era di frequenza media (da 70 a 76 pulsazioni al m'.), ritmico, durante gli accessi diveniva frequente, aritmico, e piuttosto molle, piccolo, vuoto. Per vero dire l'eccitamento non ha il carattere della violenza, ma decorre in modo relativamente mite e inoffensivo; tranne nei periodi di acme, nei quali talvolta l'infermo ha minacciato di picchiare le persone che lo assistevano, raramente tentando passare a vie di fatto, ma per debolezza e inceppamento dell'attività volitiva, senza giungere quasi mai a colpire.

La scarica psicomotoria si esplica quasi del tutto verbalmente e in modo uniforme, stereotipico, (*verbigerazione)* con la ripetizione prolungata e monotona di frasi come queste: « Te

vegnan duçento maledission, treiçento maledission,....... te dago un scapasson, te mollo un pûgno, te strangùo » (1), ecc... ecc... Queste espressioni sono accompagnate, e direi quasi completate, da movimenti anch' essi stereotipi e ritmici (movimenti come di contar monete, con scosse sincrone delle braccia trasmesse al tronco e al capo, con ammiccamenti anch' essi ritmici), un po' somiglianti alle scosse Parkinsoniane; ma l' espressione fisionomica, per quanto di solito apatica e quasi inebetita, in quei periodi ha i caratteri mimici dell'ira (faccia piuttosto cianotica, fronte corrugata, sguardo duro, ecc.). Tali disturbi della motilità unitamente a leggeri tremolii dei muscoli periorali fecero nascere il dubbio dell'insorgenza di piccoli focolai malacici o lacunari: dubbio cui mancò la conferma di sintomi evidenti di lesioni centrali organiche, anche circoscritte. Inoltre insonnia assoluta, irrascibilità; tuttavia anche in questi periodi di eccitamento l'umore non è profondamente accentuato, anzi, malgrado le apparenze, indifferente, a motivo della discontinuità fra espressione, sentimento e determinazioni volitive; delle quali sono chiare prove la labilità del tono affettivo e i fenomeni d' intoppo psichico.

Per la terapia non era qui il caso di usare il miglior mezzo sedativo, il bagno tiepido, sia per le condizioni di debolezza del cuore con polso vuoto e molle, non essendo prudente protrarlo oltre i 20 o 25 m.', mentre per ottenere qualche effetto si avrebbe dovuto prolungare almeno per 40 m.' o un' ora, sia per le condizioni peculiari di provvisorietà di questa succursale, in cui la mancanza di apparecchi praticamente e sicuramente adatti a mantenere automaticamente costante la temperatura dell' acqua (2) e la scarsità fra il personale d' assistenza di persone idonee ed

(1) Ti vengano duecento, trecento maledizioni; ti dò uno scapaccione; un pugno, ti strangolo.

(2) Senza ricorrere al metodo barbaro, antigienico e talvolta pericoloso di lasciare uscire a intervalli una certa quantità di acqua raffreddata per sostituirla con altrettanta più calda.

addestrate, mi hanno costretto a limitare l'idroterapia al minimum della stretta necessità igienica.

L'indicazione sintomatica più importante e urgente per la cura medicamentosa era l' insonnia: ma sia il veronal che il trional riuscirono inefficaci. Scartati l' idrato di cloralio per la sua azione deprimente sul bulbo e sul cuore e la ioscina, anch' essa poco sicura nel caso speciale per l' acceleramento del polso, ricorsi ad una sostanza, oltre che ipnotica, anche e sopratutto sedativa, l'oppio. Tra i suoi preparati ne scelsi uno, già da me riscontrato con risultati analoghi a quelli di chiari alienisti, di facile e innocua somministrazione: il *Pantopòn*. Questo medicamento lo somministravo in quantità di 2 centigrammi, una o due volte al giorno, sia sotto forma di compresse (2-4 pro die), che, se di urgenza, per iniezione ipodermica, in fialette originali (2 centigrammi).

Mi limiterò in questo punto ad esporre succintamente ed obbiettivamente i fatti riservando alla fine alcune osservazioni e considerazioni.

Sopratutto nelle prime somministrazioni mi attenni ai dettami della massima prudenza per timore specialmente di eventuali conseguenze di una temuta vasodilatazione nella circolazione cerebrale (congestioni), ed anche perchè intimorito dalla pericolosità, nei casi di debolezza cardiaca, allegata da illustri alienisti (Kraepelin, Weygandt). Tuttavia, aumentando lentamente le dosi, potei constatare un notevole miglioramento non solo nelle condizioni neuro-psichiche ma altresì nello stato del cuore e della circolazione in generale: toni e suoni cardiaci più netti e polso abbastanza valido: e l' infermo era meno eccitato e dormiva tranquillamente per 5-7 ore ogni notte. Gli accessi si fecero sempre più brevi e meno frequenti e sul principio dell' aprile scomparvero per un periodo che durò sino a tutta la seconda decade di maggio.

Successivamente essendosi presentati di nuovo brevi periodi

di lieve eccitamento, della durata di 2-3 giorni, con diminuzione del sonno e i soliti fenomeni circolatori, ricorsi ad un altro rimedio consigliatomi da una recente pubblicazione (1): le iniezioni di olio canforato al 20 °|₀, e di solito una sola al giorno. Sulle prime ne ebbi ottimi risultati: ma successivamente notai che il polso (forse anche per la grande variabilità della tensione sanguigna in queste sindromi) veniva facendosi piuttosto raro e duro, sicchè decisi ad un certo punto di sospendere tale cura, riprendendo quella oppiacea; poscia dopo 2 o 3 giorni, associandole insieme. Gli accessi, già di per sè di poca entità e di breve durata, scomparvero rapidamente e da circa tre settimane non si sono più manifestati.

Esame obbiettivo. — Uomo di alta statura, costituzione fisica regolare, stato di nutrizione generale discreto.

Gli apparecchi digerente e respiratorio non presentano fenomeni degni di nota.

All' ispezione la regione cardiaca non presenta sporgenze nè pulsazioni. L' urto della punta si percepisce con la palpazione al VI spazio intercostale sulla linea emiclavicolare ed è lievemente rinforzato. Alla percussione i limiti della ottusità assoluta dell'aia cardiaca sono in alto il III spazio intercostale e a destra lungo la linea mediana dello sterno. All' ascoltazione il 1. tono (suono) è impercettibilmente indebolito, ma chiaro e valido, specialmente alla punta: il 2. tono è ben netto e più evidente su l' aorta che su la polmonare.

Il polso è di media frequenza relativamente all'età e alla statura (66 pulsazioni al m.'), ritmico, un po' duro ma non rigido e piuttosto pieno.

(1) Prof. Giovanni Galli. - « *Insonnia di origine circolatoria e trattamento coll' iniezioni di olio canforato* ». — *Archivio* per le malattie di cuore, dei vasi e del sangue, anno II, n. 4.

Urine piuttosto abbondanti senza zucchero, senza albumina e senza elementi organizzati nei sedimenti.

Reflessi cutanei e mucosi evidenti.

Reflessi tendinei degli arti superiori accentuati: talvolta a sinistra cercini di Schiff. R. rotulei molto vivaci, specialmente a sinistra con cenno di trepidazione epilettoide e di clono della rotula. Negativi i segni di Babinski e d'Oppenheim: non c'è clono del piede.

Pupille anisocoriche (D>S), a contorni regolari; reagiscono bene alla luce e alla accomodazione.

Dermografismo vasospastico evidente.

Contrattilità meccanica idiomuscolare accentuata.

Nei movimenti passivi si incontra una notevole resistenza (ipertonia).

Nei movimenti attivi non si osservano evidenti disturbi paralitici o paretici.

Lieve tremore, a oscillazioni piccole e poco frequenti, nelle braccia protese e nei muscoli orbicolari delle labbra quando si fa aprire ampiamente la rima orale: i tremori aumentano e si diffondono ai gruppi muscolori vicini facendo porre il paziente in posizione di *attenti!* con gli occhi chiusi, senza che si abbia il segno di Romberg.

L'esame delle funzioni di senso non si può praticare con speranza di risultato per lo stato psichico dell'individuo.

L'infermo è indifferente a quanto lo circonda, con contegno passivo e fisonomia apatica, inespressiva.

Torpore percettivo e attentivo. Non sembra che attualmente esistano disturbi sensoriali. La coscienza e l'orientamento non sono profondamente turbati.

La memoria e sopratutto le funzioni intellettive più alte (ideazione, ragionamento, giudizio) presentano segni manifesti di

un grave indebolimento: così pure la vita affettiva e sentimentale sono di una notevole povertà e ottusità; si può affermare anzi che l' infermo è completamente indifferente e apatico.

Scarsissima anche l' energia volitiva e nulla l' attività inibitoria: notevole la suggestibilità.

Attualmente il malato è tranquillo, docile, tranne lievi cenni di sitofobia, presto vinti con la persuasione.

Per il suo stato demenziale avanzato è un po' disordinato e sudicio, ma abitualmente si assoggetta passivamente, se non volentieri, alle pratiche della assistenza igienica.

Riassumendo: Si tratta di un individuo con grave tara ereditaria che a nove anni cominciò a soffrire, in seguito ad una violenta emozione, di una malattia mentale a lentissimo decorso, consistente in un progressivo e continuo indebolimento delle facoltà intellettive con accessi di grave eccitamento. In un periodo avanzato della psicosi si presentano fenomeni di debolezza cardiaca, i quali assumono anch' essi un carattere parossistico con crisi parallele alle fasi di eccitamento; crisi cioè che insorgono, raggiungono l' acme e declinano contemporaneamente, subendo in egual grado l' azione dei vari medicamenti, sia che questi siano blandi eccitanti, che ad azione prevalentemente sedativa.

Cosiderazioni.

Diagnosi. — Un esame superficiale, per la presenza dell' anisocoria, la vivacità dei riflessi e i tremori, potrebbe far pensare a una forma di *paralisi generale progressiva.* Ma, anche a prescindere dai dati anamnestici, bisogna notare che tali segni somatici, poco gravi già di per sè, non sono punto patognomonici nè accompagnati da alcun sintoma veramente decisivo in tal senso: mentre invece la presenza di certi fenomeni caratteristici (stereotipie, manierismi, ecc.) rammenta abbastanza

chiaramente un' altra entità morbosa. Si tratta certamente di una di quelle « gravi forme di demenza — come dice il *Kraepelin* — che si presentano nella grande massa degli abitanti dei manicomi » : e il nostro caso si avvicina al tipo di *demenza stupida o apatica*, ma con periodi *vaneggianti (faselige Verblödung)* del secondo gruppo (demenza agitata). L' attuale mitezza dell' eccitamento trova la sua spiegazione nella lunga degenza (31 anni) in istituti manicomiali, spesso molto affollati, e soprattutto nel profondo decadimento delle attività psichiche.

Se poi teniamo il dovuto conto dei dati anamnestici, i dubbî diminuiscono tanto da scomparire. Possiamo escludere sin da ora le *forme frenasteniche* perchè le condizioni psichiche del paziente, fino ai nove anni di età, furono normali o almeno scevre da disturbi evidenti. Il lunghissimo decorso e soprattutto il progressivo indebolimento mentale differenziano nettamente il nostro caso da quelli di *amenza* e di *catatonia acuta* (A. Morselli, Muggia, De Sanctis, Thomsen, Führmann, Scott, ed altri) nonchè dall' *isteria* e dalla *frenosi maniaco-depressiva*. Ma vi è inoltre una coorte di fenomeni (dissociazione evidente intrapsichica con apatia e fenomeni d' intoppo psichico, stereotipie, manierismi, ecc.) che fa escludere assolutamente non solo tali forme ma bensì la *psicosi epilettica*, anche per l' assenza dell' offuscamento della coscienza, e consecutive amnesie, di una vera confusione ideativa, dell' umore ansioso o estatico e di una vera e propria impulsività cieca e violenta.

Credo quindi si possa far diagnosi di *demenza precoce* (primitiva) con accessi di *eccitamento catatonico*.

Decorso. — I chiari dati anamnestici raccolti diligentemente e con scrupoloso obbiettivismo dal compianto dott. Dario Maragliano (allora direttore del manicomio di Genova) ci meravigliano non poco mostrandoci com' egli avesse messo in evidenza sin da 30 anni fa, con acutezza d' osservazione, nel caso in discorso, i ca-

ratteri di una forma morbosa, in quel tempo da poco intravista da *Kahlbaum* ed *Kecker*. Il *primitivo* e progressivo *indebolimento* delle facoltà mentali con fenomeni dl sonnambulismo, automatismo, ecc., così chiaramente constatati, sono in antitesi con la diagnosi, da altri fatta successivamente, di *demenza secondaria.*

Ma ciò che maggiormente c' interessa e ci sorprende è il risalto dato — e certamente a quell' epoca senza ombra di preconcetti — all' apparizione dei primi sintomi della psicosi a 9 anni di età, mentre le facoltà intellettuali erano normali o almeno ancora intatte. L' esclusione netta di una frenastenia e la constatazione dell' insorgenza a tale età di una *demenza primitiva (De Sanctis* la denominerebbe *praecocissima),* fatte sin dal 1880, sono così probative e di tal valore da essere prese in giusta considerazione.

Ma oltre a quello dell'inizio veramente precoce, c' è nel decorso della forma descritta, un altro particolare importante: il parallelismo fra accessi di eccitamento e crisi cardiache, da me constatato in questi ultimi tempi.

Purtroppo il silenzio, o quasi, su un lungo periodo, e forse il più importante, dell' evoluzione della psicosi, ci priva degli elementi più preziosi per conoscere la genesi di tali turbe psico-circolatorie. D' altra parte l' oscurità che ancora involge la natura e la patogenesi della *dementia preecox* ci toglie un altro valido sussidio.

I vantaggi ottenuti in tali periodi anche con la canfora, ritenuta e sperimentata (come vedremo) per un eccitante dei centri nervosi, mi fanno pensare con qualche fondamento che le turbe del ricambio (ancora poco o punto note nella loro essenza) che si verificherebbero sopratutto negli stadî avanzati della malattia, abbiano diminuito la tonicità del miocardio. I disturbi di circolo cerebrale consecutivi avrebbero risvegliato, per quanto in modo

mite, quei fenomeni di esaltamento psichico, già per un certo tempo sopiti.

Terapia. — La canfora è un eccitante del cuore e del sistema nervoso. *Purckinje,* che ne esperimentò su sè stesso l'azione con fino a gr. 2.40 di farmaco, osservò che anche con piccole dosi si hanno disturbi della sfera cerebrale variabili secondo gl'individui; predominano l'esaltazione psichica, la confusione delle idee, l'agitazione, ecc.

Quindi, come abbiamo già accennato, nella fattispecie il meccanismo d'azione di tale medicamento consisteva nel sollevare la pressione sanguigna, abbassata a motivo della debolezza cardiaca, ristabilendo così una normale circolazione cerebrale e funzionando indirettamente come sedativo dei centri nervosi. Se la rapida e facile variabitità della tensione arteriosa nel nostro caso, come in generale nella demenza precoce, non ne avesse impedito una meno breve somministrazione, la canfora sarebbe stata il farmaco ideale, di azione pronta, blanda e graduabilissima.

Dirò in fine due parole su la terapia oppiacea usata in questo caso e su i suoi risultati.

Avevo già somministrato ad altri alienati il *Pantopòn* e ne avevo ottenuto dei benefici effetti sia nell'epilessia, associandolo ai bromuri, che nelle fasi depressive della frenosi periodica, come pure negli stati d'inquietudine delle psicosi senili, specialmente negli accessi di melanconia ansiosa. Il medicamento sia sotto forma di compresse, che, più spesso, di soluzione per uso ipodermico non ha dato mai luogo ad alcun inconveniente, a differenza delle iniezioni di morfina.

Messo sull'avviso dal *Kraepelin* che ritiene che « l'oppio non è adatto specialmente nella debolezza cardiaca », e dal *Weygandt* che lo ritiene « pericoloso », mi guardai bene sulle

prime dal somministrarne al nostro malato, tanto più che temevo gl' inconvenienti specialmente sulla circolazione cerebrale prodotti dalla vasodilatazione che danno i preparati oppiacei. Tuttavia, memore delle parole del sommo *Sydenham* (1), non avevo del tutto rinunciato all' idea di impiegare il *Pantopòn*: poscia fui ancor più incoraggiato dalle autorevoli affermazioni di un mio illustre Maestro (2):

« La morfina è rimedio prezioso nelle *malattie di cuore*; essa riesce utile non solo perchè è la sola sostanza che possa calmare il dolore e l' angoscia, che si accompagnano allo stato grave delle lesioni cardiache, ma anche perchè eccita blandamente il cuore e lo sostiene nel suo lavoro. Quando il cuore è profondamente alterato, e i comuni eccitanti non sono più tollerati, la morfina riesce a spiegare una benefica azione tonica ».

Mi decisi perciò a curare con il *Pantopòn* le crisi del nostro malato, e potetti anch' io constatare la sua azione tonica sul miocardo e veramente benefica anche dal punto di vista neurologico.

I toni del cuore si fecero più netti e il polso meno frequente, di media ampiezza e tensione: d' altra parte ritornò il sonno e, quel che è più notevole, diminuì l' eccitamento psichico. Così ho visto confermato quanto aveva osservato *H. Haymann* (3), cioè che la sua principale azione non è tanto

(1) « Questa sostanza (l' oppio) è uno strumento così utile e prezioso nelle mani di un medico abile e pratico, che senza di essa la terapeutica sarebbe incompleta e incerta. Chi sa bene maneggiarla ne trae tanto vantaggio quanto non si oserebbe sperare da un solo farmaco; ed è ben poco pratico e conosce ben poco la potenza di questo agente chi non sa impiegarlo che per provocare il sonno, per calmare i dolori o arrestare le diarree; poichè *c' è un grande numero di altre circostanze, nelle quali esso può essere utile* ».

(2) Prof. Gaetano Gaglia. — « *Trattato di Farmacologia e Terapia* » Milano, Società editrice libraria, 1910: Parte III, cap. 6, p. 333.

(3) Münchener Medizinische Wochenschrift, 1911, p. 43.

l'ipnotica quanto la sedativa, e questa si può tanto maggiormente valutare se si tratta di combattere stati dolorosi di sovreccitazione; ma si verifica ugualmente anche in altri casi.

Il *Pantopòn*, forse per la presenza degli altri alcaloidi dell'oppio, oltre all'azione analgesica sopratutto, ipnotica e lievemente cardiotonica della morfina, possiede in maggior grado quest'ultima proprietà ed è un ottimo sedativo del sistema nervoso, superiore al cloralio e ai bromuri. Su questi ed altri medicamenti di sapore ingrato e di difficile o impossibile uso ipodermico, ha il vantaggio della facile e tollerabile somministrazione, sia *per os* che per iniezioni; cosa veramente importante nella terapia delle malattie mentali, che per tale motivo non può giovarsi che limitatamente di parecchi farmaci anche di grande valore.

Ricorderemo finalmente come il *Pantopòn* somministrato, anche per non breve tempo, già anche da altri sperimentatori (1), non ha presentato sinora nessuno degli inconvenienti, non rari nella morfina, sia a carico della nutrizione (dispepsie, dimagramento. nausee, vomiti, costipazione ostinata) che nella sfera psichica (insonnia, cambiamento di carattere, ecc.).

G. L. LUCANGELI

Spezia, giugno 1911.

(1) A. SALIN et CH. AZEMAR. — « *Note sur l'emploi du Pantopòn dans, la thérapeutique des maladies mentalee* ». — Annales mèdico-psychologiques, mars-avril 1910. Vi sono accennati anche i risultati ottenuti da *Sahli*, *G. Bordet*, *Pouchet*.

P. CONSIGLIO

CAPITANO MEDICO NELL'OSPEDALE MILITARE DI ROMA

LA MEDICINA SOCIALE NELL'ESERCITO

STUDI DI PSICO-SOCIOLOGIA MILITARE



l' ipnotica quanto la sedativa, e questa si può tanto maggiormente valutare se si tratta di combattere stati dolorosi di sovreccitazione; ma si verifica ugualmente anche in altri casi.

Il *Pantopòn*, forse per la presenza degli altri alcaloidi dell' oppio, oltre all' azione analgesica sopratutto, ipnotica e lievemente cardiotonica della morfina, possiede in maggior grado quest' ultima proprietà ed è un ottimo sedativo del sistema nervoso, superiore al cloralio e ai bromuri. Su questi ed altri medicamenti di sapore ingrato e di difficile o impossibile uso ipodermico, ha il vantaggio della facile e tollerabile somministrazione, sia *per os* che per iniezioni; cosa veramente importante nella terapia delle malattie mentali, che per tale motivo non può giovarsi che limitatamente di parecchi farmaci anche di grande valore.

Ricorderemo finalmente come il *Pantopòn* somministrato, anche per non breve tempo, già anche da altri sperimentatori (1), non ha presentato sinora nessuno degli inconvenienti, non rari nella morfina, sia a carico della nutrizione (dispepsie, dimagramento. nausee, vomiti, costipazione ostinata) che nella sfera psichica (insonnia, cambiamento di carattere, ecc.).

G. L. Lucangeli

Spezia, giugno 1911.

(1) A. Salin et Ch. Azemar. — « *Note sur l'emploi du Pantopòn dans, la thérapeutique des maladies mentalee* ». — Annales mèdico-psychologiques, mars-avril 1910. Vi sono accennati anche i risultati ottenuti da *Sahli, G. Bordet, Pouchet.*

P. CONSIGLIO

CAPITANO MEDICO NELL'OSPEDALE MILITARE DI ROMA

LA MEDICINA SOCIALE NELL'ESERCITO

STUDI DI PSICO-SOCIOLOGIA MILITARE



Le statistiche militari sono una ricca miniera di dati interessantissimi per l'antroposociologia: esse ci dicono, per una lunga serie di anni, le qualità fisiche e morali, le note biologiche e psicologiche di tutte le varie generazioni ventenni del popolo, studiate staticamente e dinamicamente, nei loro caratteri attuali e nei modi di essere, di sentire, di operare e di reagire di ciascun individuo al cimento della vita militare, in un ambiente particolare per struttura e funzioni, e con le specialità del lavoro che in esso i giovani validi son chiamati a fornire; ed insieme ci indicano difetti, imperfezioni, infermità fisiche, anomalie morali che possono venire disvelati in ciascheduno, per ogni generazione e per ciascuna provincia d' Italia.

Esse, quindi, valgono grandemente nella risoluzione di complessi e varii problemi della collettività militare, che oggidì van sorgendo ed a cui gli studiosi si interessano, sia per la loro importanza intima, sia come sperimentalismo sociale per i problemi ancor più ponderosi della più ampia collettività umana, e per le correnti di idee che vibrano nella grande anima della nazione, e che si ripercuotono, agitandolo, nell'ambiente militare, dal quale, variamente rifratte, tornano a quella, data la eminente funzione sociale che l'esercito è chiamato a svolgere nei paesi democratici.

I. — Esiste una differenza regionale, spesso notevole, non solo nei caratteri antropologici (come magistralmente dimostrò il *Livi* con i suoi magnifici saggi di Antropometria militare), ma anche nella intensità di varie forme morbose, per un complesso enorme di cause, che in fondo possono sintetizzarsi nelle tre serie di fattori stabiliti dal *Ferri* per la genesi del delitto: cosmo-

tellurico, etnico-antropologico, politico-economico-sociale. Sopratutto importanti sono quelle forme di malattie o di imperfezioni gravi che, congenite od acquisite nei primi anni della vita, rendono per sempre il soggetto inabile al servizio militare, e quindi, ripetendosi con varia intensità regionale, debbono avere scaturigini più intime nell'elemento etnico, nella struttura economico-sociale della località, e nel suo ambiente geografico.

Quindi, se dall' ileo-tifo alle bronchiti e polmoniti, se dagli orecchioni alle itterizie catarrali, o dalla gotta alla pellagra e malaria, troviamo differenze regionali, queste più costantemente si ripetono sopratutto: *a*) nelle riforme e rivedibilità per fisica inattitudine al servizio militare, per cui, ad es., alcuni circondarii, come Nuoro in Sardegna, ha il 51,60 di riformati su 100 iscritti, ed il 39 %₀ di rivediblli, e quindi, appena il 10 %₀ di idonei; *b*) togliendo però dal totale le riforme per bassa statura, in gran parte attributo etnico (benchè vi influiscano il lavoro precoce, la scarsa alimentazione, le cachessie infantili da malaria, ecc., come *Livi* e *Raseri* han dimostrato), le riforme per malattie od imperfezioni gravi culminano, nel totale, nell' alta Italia, sono minori in Sicilia e Calabria e nell' Italia del centro; *c*) passando poi all'esame particolareggiato, si trova, ad es., la Lombardia con la quota più alta nella *debolezza di costituzione fisica*, il Lazio con la più bassa; la Toscana con le maggiori cifre nella *deficienza toracica*, il Veneto con le minori; la *scrofola* primeggia in Campania e nel Veneto, scarsa invece nell'Umbria; la *oligoemia* grave più manifesta in Basilicata e Puglie, meno diffusa in Liguria e Piemonte, e, per le città, più in Catania, meno ad Ancona, ecc. — Inoltre si può constatare come la *varici* siano più numerose nell' alta Italia, meno assai in Sicilia (2200 circa riformati ogni anno); il *varicocele* segue la medesima distribuzione (2500 circa all'anno di riformati); le *congiuntiviti croniche*, specialmente *tracomatose*, (4800 riformati all' anno) molto più nella bassa Italia, sopratutto in Sardegna, ove Iglesias ne dà il 14,8 %₀ di iscritti!; il *gozzo* (5200 all'anno) culmina a Clusone col 16,5 %₀ di iscritti!; le *gravi deformità del torace e della colonna vertebrale* (5700 all'anno) cul-

minano nel Vèneto e nella Toscana, col minimo in Sardegna; le *ernie* (5900 all'anno) seguono la seriazione delle varici; così pure gli *idroceli comunicanti* (1680 all'anno), ecc.

L' esame particolareggiato delle varie cause delle singole riforme, ripetentesi nella serie degli anni, può additare i modi di provvedere a tanti mali, percui gran parte della gioventù italiana rappresenta una deficiente od anormale integrazione evolutive della personalità fisica (1).

II. — Questi problemi, ed i còmpiti cui deve provvedere la medicina militare — sopratutto per rispondere alle nuove finalità cui essa è chiamata per potersi integrare in una vera Medicina Sociale nell'esercito — si complicano con l'adozione della ferma biennale. Il servizio militare obbligatorio per tutti i cittadini, e della minor durata possibile: questi i due capisaldi, onde contemperare il sacro diritto di difesa della patria con gli interessi ed i bisogni non meno sacri del cittadino; ma ad essi si aggiunge il còmpito che ha l'ambiente militare d'oggidì di contribuire potentemente, da una parte al miglioramento fisico della razza, ed alla educazione morale e sociale, dall' altra alla lotta contro le varie forme di *défaillances* della personalità umana, fisico-psichica, dalla tubercolosi all'anomalia morale, dalla debolezza di costituzione all'analfabetismo. In Italia si riforma un gran numero di giovani, e ciò per un verso è un bene, perchè, nella presente uniformità di servizio e di faticate attività fisiche e nervose, si rendono così più scarse le degradazioni del potenziale energetico, da cui traggono scaturigine ed alimento molteplici forme morbose, fisiche e morali. Così nella classe di leva 1887, furono riformati ben 100 mila giovani e rimandati ben 119 mila, cioè il 27,7 $^0/_0$ ed il 28,3 $^0/_0$ degli iscritti dell' anno!

Tali cifre sono andate crescendo rispettivamente negli ultimi anni, e sono ben maggiori a quelle di altre nazioni, sopratutto della Francia. L' Italia è nazione povera, appena ora sulla via di

(1) Vedi la mia « *Statistica e Geografia Medica* », in *Rivista d' Italia* », settembre 1909, pagine 40.

un felice incremento economico ed industriale; ma malaria e pellagra, zolfare e miseria, hanno infralito la razza; il popolo consuma poca carne, poco pane, poco zucchero; il lavoro precoce isterilisce il fanciullo, e disfiora la madre che ha concepito od allatta; l'educazione primitiva fa permanere, ed anche coltivare, gran numero di malattie ed imperfezioni, dalle oculari alle dentarie od auricolari, ecc. Onde i medici militari, ben conoscendo di quanto siano aumentate le esigenze del servizio, e le richieste di energie che si fanno al soldato moderno — tale non più per antomatismo, ma per sforzo cosciente di volontà — procedono sempre più ad una selezione ampia, e ad una più larga eliminazione dei disadatti; la loro opera di periti-igienisti non fa che meglio e sempre più largamente disvelare le manchevolezze organiche del nostro popolo, ed i segni della presente relativa condizione di inferiorità biologica, frutto specialmente di uno stato di primitività sociale, economica ed intellettuale, non per anco fugata dal notevole progresso civile fecondamente svoltosi in questo cinquantennio di libertà.

Certamente a questa opera di selezione fisica, integrata con un razionale rinnovamento della vita ambientale, nelle condizioni igieniche e di alimentazione come in quelle disciplinari ed educative, è dovuto il progressivo decremento della tubercolosi nei soldati, più che in tutti gli altri eserciti, e percui il nostro esercito fortunatamente — insieme al tedesco — sta alla testa; così pure per i due grandi indici dello sviluppo d'un aggregato umano: morbosità e mortalità. Invero la morbosità era di 987 per 1000 di forza nel 1877, è discesa al 718 nel 1903; la mortalità da 2095 a 672, cioè dal 12,6 al 3,3 °/oo — le riforme per tubercolosi polmonale scendono dal 2,01 all' 1,04 °/oo, ed i morti dall' 1,06 al 0,53 °/oo; per le varie forme tubercolari vanno dal 6,23 al 2,66 °/oo, le morti dal 2,41 al 0,59. Ma per tutti questi degenerati fisici, per questi mezzi valori umani, che cosa fa la società? Assai poco, purtroppo, e se la selezione risponde alla nostra coscienza scientifica, dobbiamo pur deplorare che ad ogni anno una massa enorme di scarti sia rimessa in circolazione, e lasciata al libero

riprodursi in nome di una malintesa libertà individuale, che favorisce la selezione regressiva della razza. Noi molto potremmo fare, nell'esercito, a favore di una razionale viricultura umana, se all'esercito si dessero i mezzi opportuni, onde meglio esplicare le sue funzioni sociali: basterebbe, ad es., che fosse istituita la *idoneità relativa* per i *servizi ausiliari*, e si procedesse alla *costituzione fisiologica* delle compagnie, sì da adattare il lavoro al potenziale organico, educando i muscoli in un sano allenamento progressivo, perchè, con la vita all'aria libera, con una sana alimentazione, con un regime di vita igienica, il corpo sia temprato ed irrobustito; e, risparmiando le più vigorose energie per i servizi faticosi e per la vera preparazione alla guerra, ora sciupate in tanti servizi ausiliari, si potrà restituire alla famiglia ed alla società una massa di giovani più temprati alle salutari attività del braccio e della mente, con una vantaggiosa disciplina della volontà, con lo spirito più affinato nei rapporti d'ambiente, contribuendo così non poco alla redenzione fisica ed alla educazione morale del popolo.

Un accurato spoglio statistico fa trovare utilizzabili, e quind migliorabili fisicamente, almeno 15 mila coscritti all'anno, ora rimandati per debolezza di costituzione; almeno 6 mila deficienti di torace e circa 10 mila per scarsa statura, cioè poco più di 30 mila non per vera malattia, ma per insufficienza organica relativa, che però non impedisce l'attività lavorativa sociale. Se pensiamo che gran parte del nostro popolo è fatta di contadini, che mal si nutrisce, e che le paludi intristiscono; che gli immigrati nelle città si nutrono male, abitano peggio, e si degradano con l'alcoolismo che dilaga; che gli operai e gli studenti vivono molte ore in locali chiusi, senza educazione muscolare, e nell' eccitamento fittizio della febbre commerciale d' oggidì e nel turbinare delle passioni e dei desiderî proprii delle grandi città, possiamo meglio comprendere come anche ora la vita militare — con la nutrizione più abbondante e migliore, la maggior difesa che il benessere economico ed igienico dà contro le influenze morbose generali, ed il lavoro muscolare e ginnastico regolato — sviluppi

la statura, il peso ed il perimetro toracico; ciò tanto meglio si otterrà con una seriazione pedagogica più razionale applicata ai più deboli, nei quali però gli organi siano sani e le funzioni regolari.

Inoltre si gioverà molto, specialmente con i sanatori militari alla francese, a circa 2 mila oligoemici, ad un centinaio di relativamente obesi, a non meno di 5 mila affetti da nevrosi del cuore, quasi sempre d'origine anemica, od effetto di un perturbato sviluppo nella correlazione funzionale dei varii sistemi organici, ecc.

Nel complesso si tratta di circa 36 mila giovani ad ogni anno (calcolati col sistema anteriore alla legge del dicembre 1907 sulle esenzioni per motivi di famiglia), ed ora di almeno 40 mila, sui quali beneficamente potremo esercitare una razionale viricultura fisica, mentre in varii modi potremo valere nella lotta contro certe formeendemiche come le congiuntiviti croniche, le otiti secretive, le carie dentarie, ecc.; tanto più che la brama di scansare il peso del servizio stimola all' incuria ed anche all' aggravamento di tali malattie, vero indice di una condizione ancora primitiva di civiltà, igienica e morale (1).

III. — Il problema non è meno interessante per quel che riguarda le anomalie psiconervose, e la inadattabilità *morale* al servizio militare.

Anche qui una più larga concezione dei difetti e deviazioni evolutive della personalità psichica, e delle necessità profilattiche per la prevenzione dei mali collettivi, ha condotto ad un progressivo notevole aumento delle riforme per malattie mentali, per frenastenie, per nevrosi. Così, mentre nel loro complesso queste riforme, in un periodo di 17 anni, aumentano per i soli Consigli di leva da 414 a 708, e per gli iscritti, dei Distretti od appena giunti ai Corpi, da 142 a 444, vale a dire in tutto da 556 a 1152 *(selezione preventiva)*, crescono non meno le riforme dei soldati disvelatisi anormali al cimento della vita militare, e cioè, negli

(1) Vedi il mio lavoro: « *La medicina militare in rapporto alla ferma biennale* », in *Rivista Militare Italiana*, anno 1910, pagine 88.

ultimi 9 anni di statistica, da 340 a 715; aumento quindi del doppio negli iscritti, in 17 anni, e del 210 °/₀ nei militari, in soli 9 anni! L'aumento va, per le nevrosi, dall' 1,18 al 2,25 °/₀₀; di forza media, per le psicosi e deficienze mentali dal 2 al 4,9 °/₀₀; nel totale dal 3,68 all' 8,15 °/₀₀, ma 10 anni prima si aveva soltanto l'1,93, e nel 1876 appena il 0,69 °/₀₀! Tale aumento può dipendere, in parte, da un moltiplicarsi delle anomalie mentali nella popolazione, del quale è un indice la crescente folla di ricoverati nei manicomi; ma dipende sopratutto da uno studio diagnostico più accurato e più competente e da una concezione psicologica più lata e comprensiva delle anomalie mentali in rapporto alla vita dell'aggregato, mentre si acuisce appunto la sensibilità collettiva verso ogni forma anormale di attività e di condotta.

Sicchè predominano ora, nella percentuale, il complesso delle lievi disarmonie evolutive, le iposternie psichiche, le imperfezioni reattive del temperamento, le deficienze morali e del carattere, le emotività esagerate, le facili eccitabilità impulsive, oltre alle vere malattie nervose e mentali ben definite. Sono cioè, principalmente, gli irregolari ed i refrattarii allo adattamento, ed al lavoro metodico e disciplinato, ma le cui anomalie psichiche hanno pur sempre il fondamento e la scaturigine nella costituzione originaria sminuita o disarmonica, e negli errori e deviazioni educative della personalità umana.

Così, studiando nell'ospedale militare di Roma, in un quinquennio circa, 842 casi di anomalie psiconervose, distinte in 344 casi di psicosi e frenastenie varie, ed in 498 casi di nevrosi, posso suddividere così le diverse categorie di anormali (tutti riformati): *a*) per le psicosi, accanto a 69 pazzi epilettici ed isterici, a 27 casi di confusione mentale allucinatoria acuta, a 22 forme ipocondriache o melanconiche, a 9 casi di psicosi cefalalgica, a 28 di alcoolismo cronico, od allucinatorio acuto e subacuto, a 12 di demenza precoce (oltre ad una trentina di paranoici e di dementi paralitici in ufficiali e sott' ufficiali, non compresi nella statistica), ed infine a 19 casi di imbecillità ed idiozia, si trova che il più gran numero è formato da anormali, degenerati, mat-

toidi, imbecilli morali, psicastenici, più che da veri alienati o frenastenici (forme psicasteniche, anomalie degenerative del 'carattere, incompletezze evolutive della personalità psichica); *b*) per le nevrosi, a parte le vere forme epilettiche od isteriche convulsive, la gran parte dei riformati appartiene agli stati nevrotici in genere, con iperemotività, facili eccitamenti, oscillazioni notevoli di umore, instabilità del carattere, esauribilità facile, equivalenti emotivi diversi, per lo più su fondo degenerativo o sulla nota basale dell'epilettoismo, spesso disvelato ed aggravato da trascorsi alcoolici.

Ma, d'altronde, l'aumento delle riforme deriva anche dalla nozione positiva delle cause di inadattabilità sociale dei manchevoli, dei dismorfi, degli instabili, *déclassès* e *dèracinés* della evoluzione umana, e che è applicazione rigidamente scientifica, al fenomeno della delinquenza militare, delle moderne dottrine psicosociologiche. Invero, in molti soldati anormali per temperamento, per eredità sociale, per condizioni degenerative, per insufficiente potenziale, il disadattamento e l'urto emotivo che risente la personalità incompleta ed inferiore, alle nuove condizioni di vita e di attività, producono una *dètente* nella *personalità sociale*, che si esplica come tendenza reattiva, più o meno violenta, contro l'ambiente, percepito in una forma ostile, e quindi contro chi impersona la disciplina e l'autorità. Molte crisi di agitazione, molte forme di eccitamento con impulsioni o con tendenze clastiche, gran numero di indisciplinatezze e di rifiuti di obbedienza, la insubordinazione spesso, la diserzione, sono da noi spesso considerate espressioni nevrotiche in senso lato, od episodi di insofferenza acuta da perturbamento psicoemotivo, di anormali o di degenerati; e quindi si procede alla eliminazione per il vantag-dell' individuo e della collettività.

Condizioni di reclutamento, di fatica, di clima, di istruzione, di eredità sociale, spiegano le variazioni di tali riforme, e più dell'una specie che dell'altra delle anomalie psiconervose, a secondo i mesi, le stagioni, il grado, le armi, le età, le città, la specie di arruolamento, ecc.; così predominano le psicosi pure

nei carabinieri e nei sott' ufficiali, le nevrosi nei soldali, in quanto la nevrosi è più espressione di una insufficiente integrazione evolutiva, ed originaria, della personalità, la psicosi è la *défaillance* di una personalità evolutiva discretamente costituita, ma che cede agli urti dei complessi fattori mesologici (1).

IV. — Nel suo insieme, poi, l'andamento crescente di queste riforme spiega il notevole diminuire annuo della criminalità militare, nel totale ed in ognf suo componente, in modo progressivo, più o meno evidente, spesso assai marcato, e con una riduzione che, in un ventennio, oscilla per i varii reati dal 30 al 50 %! Invero (facendo le medie triennali), nel periodo 1885-1905, troviamo:

condannati — 1594, 1328, 1108, 1031, 1108, 1005, 988 - riduzione del 43 %, dalla quota dell' 8,5 per mille di forza dell'esercito a quella del 4,8;

disubbidienza — 178, 138, 103, 102, 104, 90, 97 - riduzione del 53 %;

insubordinazione — 289, 208, 186, 187, 217, 202, 197 - riduzione del 33 %;

diserzione semplice — 311, 305, 239, 193, 225, 212, 211 - riduzione del 45 %;

furto — 443, 436,365, 336, 353, 357, 322, 271 - riduzione del 45 %.

Ma le cifre ci insegnano ancora un altro fatto di notevole interesse sociologico: mentre sino al 1895 la recidiva decresce progressivamente e fortemente, da 846 nel 1885 a 348, dal 1896 essa risale in modo evidente, toccando la cifra di 540 dieci anni

(1) Vedi i miei lavori: — « *Note di Psicologia militare* », in *Rivista Militare Italiana*, 1905, pag. 39, ed in *Atti del V Congresso Internazionale di Psicologia*; — « *I nuovi problemi di psicosociologia militare* », in *Italia Moderna*, dicembre 1907; -- *Statistica delle malattie nervose e mentali nell'esercito* », in *Giornale di medicina militare*, marzo 1909, pag. 54; — « *Psicosi e Nevrosi nei militari* » (due comunicazioni), negli *Atti del XIII Congresso Freniatrico Italiano*, Venezia 1907.

dopo. Però, mentre le recidive per sentenze dei tribunali militari, cioè le recidive specifiche della delinquenza nell' esercito, diminuiscono fortemente e costantemente, nel ventennio, da 360 a 46 (riduzione dell' 87 %, dovuta esclusivamente all' opera profilattica e selezionatrice dei medici), invece la recidiva generica, da sentenze dei tribunali ordinari, spiega l'aumento dal 1896 in poi, ed è tanto più marcata in quanto deve anche correggere la diminuzione dell'altra; invero nel 1885 essa era di 480 casi, è scesa nel 1893 a 249, raggiungeva nel 1905 la più alta quota di 490. Vale a dire: la mitezza del nuovo Codice per molti reati, l'aumento spaventoso della delinquenza minorile e precoce, e con essa dell' eredoalcoolismo e del precoce intossicamento alcoolico, fanno entrare nelle file un numero sempre più grande di delinquenti, nonostante la ognor più ampia eliminazione degli anormali e degenerati. Contro di essa per ora siamo poco armati, e non ci aiuta affatto la legge sul reclutamento e la vieta *indegnità morale* pronunziata sulla entità della condanne; qui occorre provvedere, ed energicamente; ma intanto tali pregiudicati costituiscono — nella somma dei condannati militari — una proporzione dal 40 al 50 per cento, mentre, calcolando solo reclusi militari (escludendo cioè la piccola criminalità occasionale), troviamo una proporzione di circa l'80 per cento! Quindi, eliminare dal vivo dell' esercito i pregiudicati borghesi, significa più che dimezzare la criminalità militare, e stroncarla addirittura delle forme più gravi, in cui la infrazione alla disciplina rappresenta una manifestazione morbosa od una vera equivalenza criminale (1).

V. — Lo studio statistico delle riforme per le varie anomalie psiconervose, e quello della varia intensità regionale di al-

(1) Vedi il mio lavoro: « *Saggi di psicosociologia e di scienza criminale nei militari* », in *Rivista Militare Italiana*, marzo 1907, pag. 38, con 16 Diagrammi; — ed « *Essais de criminologie militaire* », col Generale medico Ferrero, in *Atti del VI Congresso Internazionale di Antropologia Criminale*, pag. 22, con 17 Diagrammi.

cune cause organiche di inabilità al servizio militare, debbono essere completate da un' altra indagine, di interesse sociologico capitale: dalla ricerca cioè della distribuzione regionale delle riforme per nevrosi, per psicosi, per frenastenie, e quindi — ove tale seriazione localistica permanga negli anni — studiarne le cause ed i rapporti con altri fenomeni di patologia sociale (delitto, suicidio), ed umana (dall' alcoolismo alla sifilide ed alla gotta). E precisamente, raccogliendo tutte le cifre degli iscritti riformati per epilessia, per pazzia, per frenastenie, e poi quelle dei militari eliminati dall'esercito per le stesse malattie, nel primo periodo del servizio, facendone la somma e i rapporti del totale alla popolazione regionale o al numero degli iscritti sulle liste di leva, si trova che la diversa intensità locale dell' una forma o dell' altra permane nel trentennio in esame, e nelle sue linee generali ripete quella trovata dal Morselli e dal Sormani molto prima, riferendosi soltanto agli iscritti di leva, e che il Lombroso ha ripetuto in un cartogramma. Da allora le riforme sono di molto aumentate, di quasi 20 volte in rapporto alla forza dell' esercito, e, mettendo insieme iscritti e militari, si trova di certo la massima parte di anormali di ciascuna generazione ventenne; ciò nonostante le differenze regionali si mantengono con pochi spostamenti secondari, permane per ciascuna zona d' Italia un *tasso di saturazione psicosica e nevrotica,* così come c' è un *tasso di saturazione criminosa*. Vale a dire, debbono esservi delle cause intime, profonde, immanenti in un periodo storico nella costituzione bioantropologica, etnicogeografica e sociale di ciascuna regione: complesso il problema della ricerca causale, nella quale risiede « la suprema necessità della cura ». — Senza ripetere qui tutti i numerosi dati statistici che ho raccolto, accenno soltanto ad alcuni dati fondamentali: *a*) vi è, in Italia, una forte *zona epilettogena,* calabro-sicula (4,27-4,18 per 100 mila abitanti), una meno grave in Liguria (3,10), una mediocre nell'Italia del centro (circa 2,50); le altre regioni hanno, relativamente, pochi epilettici; *b*) vi è una forte *zona psicosigena,* in Liguria (2,64), e subito dopo nell' Umbria (2,16); una media nella Italia del centro; restano alla coda le regioni del

sud, con le calabro-sicule; *c*) sono elevate le quote dei *cretini* nell'alta Italia, degli *idioti* in Campania ed Abruzzi; nella *ottusità di mente* primeggia ancora la Liguria, e vien dopo la Campania; *d*) nel totale delle *anormalità psiconervose* la Liguria ha il primo posto con la quota 5,84, poi la Calabria 5,08, il Lazio 4,25, la Campania 4,02 e la Sicilia 3,99; stanno in ultimo Piemonte 2,08, Abruzzi 2,01, Sardegna 1,57; *e*) riguardo alle provincie, con grandi città, predomina l'epilessia a Messina e Reggio Calabria, ultima Torino; la pazzia a Roma e Firenze; — per le sole *città,* Palermo e Messina hanno le più alte quote di epilettici, Genova primeggia fra tutte le città del continente; nella pazzia primeggiano Torino, Genova, Roma e sopratutto Firenze.

Intanto, ripetendo i metodi di calcolo del *Morselli,* date queste cifre, possiamo ritenere che, senza tener conto dei degenerati, anormali e simili, si trovano in Italia non meno di 520 mila fra pazzi, insufficienti ed anormali più o meno gravi, e dei quali 150 mila epilettici; in tutto non meno di 1 ogni 60 abitanti!

Riguardo alle varie cause cui si deve rivolgere l'indagine, certamente due ne predominano, nell'individuo e nella discendenza: *alcoolismo* e *sifilide,* e, rispettivamente, *eredo-alcoolismo* ed *eredosifilide;* l'alcoolismo ha una distribuzione regionale che si avvicina molto a quella della psicosi e del suicidio, esso ha molto più valore psicosigeno nell'individuo anzichè epilettogeno, nella discendenza invece è causa frequente di frenastenie ed epilessia, e, predominando nel nord, può spiegare le più alte quote di pazzi e frenastenici, ed anche di epilettici in alcuni posti come Genova e Livorno ove, gente di mare, ci si intossica smodatamente con tabacco e liquori.

La sifilide invece ha le più alte quote proprio nelle zone epilettogene, e nel Lazio e nella Campania ove sono in maggior numero gli ottusi mentali (minore selezione negli abitanti?); e nelle dette regioni predomina pure l'eclampsia infantile, residuo certamente di meningoencefaliti, almeno nella maggioranza dei casi.

Si può poi pensare che in un senso o nell'altro debbano agire: la prolificità maggiore e precoce, e la continuata gravidanza

dei paesi del sud, la mestruazione precoce e spesso anche — per la vita poco igienica ed il lavoro manuale nelle donne — disturbata *(epilessie mestruali);* l'esagerazione sessuale dei paesi più caldi; le diatesi artitriche più diffuse in Calabria, Italia media, Liguria e Sicilia; la scarlattina più diffusa nel sud, il tifo nel nord; il clima, e le radiazioni attiniche della luce solare secondo il *Gaedeken;* il fattore etnico (Mamertini, Liguri, Albanesi, ecc.). Un altro complesso di fattori bisogna ricercare nelle cause politico-economico-sociali: scorrerie di avventurieri, spesso ubbriaconi e sifilitici, per gran parte degenerati e delinquenti; mafia, camorra e brigantaggio; selezione regressiva della razza; primitività sociale; abitudini marinare o di miniere; lavoro precoce dei *carusi;* concezione anticivile della vendetta; mal governo secolare, mancanza di vie di comunicazione, stato primitivo della vita collettiva, ecc. Onde troviamo commisti ereditarietà, epilessia, delitto; la vita sociale inferiore ha generalizzato il temperamento nevrotico, impulsivo, eccitabile, individualista e passionale, organizzandosi e plasmandosi — con l'ereditarietà dei caratteri acquisiti — tali influenze morbigene nel tipo etnico, mentre — d'altra parte — civiltà diffuse e secolari, febbre di commerci e di industrie, cosmopolitismo, abitudini alcooliche estese e marcate, hanno moltiplicato pazzia e suicidio, che sono le *dèbacles* dei cervelli costituiti.

Ed appunto: l'epilessia è essenzialmente disarmonia, anatomica e funzionale *(Bianchi),* d'onde lo squilibrio nella inibizione e nella dinamogenesi del *nevrasse,* e le tumultuarie, contingenti, effervescenze funzionali di taluni centri, le tendenze automatiche, dei centri inferiori (motorii) e l'esagerazione delle attività riflesse. Ciò riproduce la condizione mentale dei bambini, facili alle convulsioni, come pei selvaggi; e d'altronde la delinquenza violenta costituisce, nella filogenesi e nella ontogenesi, un atavismo patologico. L'epilettico come il sanguinario, sono tipi degenerati, atavici, primitivi, ambedue morbose e deformate esagerazioni di tendenze etniche diffuse.

La pazzia è invece, in genere, malattia di una personalità in via di sviluppo normale, o di già sviluppatasi, e che soccombe

sud, con le calabro-sicule; *c*) sono elevate le quote dei *cretini* nell'alta Italia, degli *idioti* in Campania ed Abruzzi; nella *ottusità di mente* primeggia ancora la Liguria, e vien dopo la Campania; *d*) nel totale delle *anormalità psiconervose* la Liguria ha il primo posto con la quota 5,84, poi la Calabria 5,08, il Lazio 4,25, la Campania 4,02 e la Sicilia 3,99; stanno in ultimo Piemonte 2,08, Abruzzi 2,01, Sardegna 1,57; *e*) riguardo alle provincie, con grandi città, predomina l'epilessia a Messina e Reggio Calabria, ultima Torino; la pazzia a Roma e Firenze; — per le sole *città*, Palermo e Messina hanno le più alte quote di epilettici, Genova primeggia fra tutte le città del continente; nella pazzia primeggiano Torino, Genova, Roma e sopratutto Firenze.

Intanto, ripetendo i metodi di calcolo del *Morselli*, date queste cifre, possiamo ritenere che, senza tener conto dei degenerati, anormali e simili, si trovano in Italia non meno di 520 mila fra pazzi, insufficienti ed anormali più o meno gravi, e dei quali 150 mila epilettici; in tutto non meno di 1 ogni 60 abitanti!

Riguardo alle varie cause cui si deve rivolgere l'indagine, certamente due ne predominano, nell'individuo e nella discendenza: *alcoolismo* e *sifilide*, e, rispettivamente, *eredo-alcoolismo* ed *eredosifilide*; l'alcoolismo ha una distribuzione regionale che si avvicina molto a quella della psicosi e del suicidio, esso ha molto più valore psicosigeno nell'individuo anzichè epilettogeno, nella discendenza invece è causa frequente di frenastenie ed epilessia, e, predominando nel nord, può spiegare le più alte quote di pazzi e frenastenici, ed anche di epilettici in alcuni posti come Genova e Livorno ove, gente di mare, ci si intossica smodatamente con tabacco e liquori.

La sifilide invece ha le più alte quote proprio nelle zone epilettogene, e nel Lazio e nella Campania ove sono in maggior numero gli ottusi mentali (minore selezione negli abitanti?); e nelle dette regioni predomina pure l'eclampsia infantile, residuo certamente di meningoencefaliti, almeno nella maggioranza dei casi.

Si può poi pensare che in un senso o nell'altro debbano agire: la prolificità maggiore e precoce, e la continuata gravidanza

dei paesi del sud, la mestruazione precoce e spesso anche — per la vita poco igienica ed il lavoro manuale nelle donne — disturbata *(epilessie mestruali);* l'esagerazione sessuale dei paesi più caldi; le diatesi artitriche più diffuse in Calabria, Italia media, Liguria e Sicilia; la scarlattina più diffusa nel sud, il tifo nel nord; il clima, e le radiazioni attiniche della luce solare secondo il *Gaedeken;* il fattore etnico (Mamertini, Liguri, Albanesi, ecc.). Un altro complesso di fattori bisogna ricercare nelle cause politico-economico-sociali: scorrerie di avventurieri, spesso ubbriaconi e sifilitici, per gran parte degenerati e delinquenti; mafia, camorra e brigantaggio; selezione regressiva della razza; primitività sociale; abitudini marinare o di miniere; lavoro precoce dei *carusi;* concezione anticivile della vendetta; mal governo secolare, mancanza di vie di comunicazione, stato primitivo della vita collettiva, ecc. Onde troviamo commisti ereditarietà, epilessia, delitto; la vita sociale inferiore ha generalizzato il temperamento nevrotico, impulsivo, eccitabile, individualista e passionale, organizzandosi e plasmandosi — con l'ereditarietà dei caratteri acquisiti — tali influenze morbigene nel tipo etnico, mentre — d'altra parte — civiltà diffuse e secolari, febbre di commerci e di industrie, cosmopolitismo, abitudini alcooliche estese e marcate, hanno moltiplicato pazzia e suicidio, che sono le *dèbacles* dei cervelli costituiti.

Ed appunto: l'epilessia è essenzialmente disarmonia, anatomica e funzionale *(Bianchi),* d'onde lo squilibrio nella inibizione e nella dinamogenesi del *nevrasse,* e le tumultuarie, contingenti, effervescenze funzionali di taluni centri, le tendenze automatiche, dei centri inferiori (motorii) e l'esagerazione delle attività riflesse. Ciò riproduce la condizione mentale dei bambini, facili alle convulsioni, come pei selvaggi; e d'altronde la delinquenza violenta costituisce, nella filogenesi e nella ontogenesi, un atavismo patologico. L'epilettico come il sanguinario, sono tipi degenerati, atavici, primitivi, ambedue morbose e deformate esagerazioni di tendenze etniche diffuse.

La pazzia è invece, in genere, malattia di una personalità in via di sviluppo normale, o di già sviluppatasi, e che soccombe

— per scarsezza di potenziale — dinanzi agli stimoli complessi della vita sociale, per cui vi è in essa meno primitività, ma invece deviazione intellettuale o sentimentale, che rappresentano disturbi di ordine più elevato che non le esflorescenze automatiche o i disordini motorii dell'epilettico, e le stigmate psicosomatiche dell' isterico. E se l'epilettico spesso diviene violentemente antiumano, a sua volta il delinquente — per la degenerazione sua, per la selezione regressiva sociale, e perchè spesso vizioso, alcoolista, sifilitico — dà facile origine all'epilettico; ed appunto in Sicilia e Calabria le numerose orde avventuriere, le condizioni poco civili che fecero divampare il brigantaggio, e la diffusione dei reati di sangue per odio e vendetta — spesso sulla base di fattori economici e della organizzazione feudale della società, durata per lungo tempo —: tutto ciò si è andato sistematizzando, ereditandosi, e la degenerazione ha dilagato, producendo una diffusa selezione regressiva del popolo.

Così, come le statistiche ci insegnano, cause molteplici producono fenomeni tanto dolorosi, ma tanto diversi, nella vita di un popolo, poichè dolore e malattia dànno un bilancio sociale che immane in un dato periodo storico, ed in un determinato clima sociale *(Quételet)*; esse si assommano e si interferiscono complessamente, nei varii *climi storici* o nelle varie regioni, in rapporto e con la cooperazione positiva o negativa delle condizioni di vita civile, dal determinismo economico al tipo etnico od alla telluricità di ciascun paese.

La soluzione di questi problemi complessi di patologia umana e sociale, per tutte le regioni, si compendia nella lotta scientifica, ad oltranza, contro l'anomalo ed il degenerato, dal tubercoloso al nevrotico, al criminale, dal sifilitico all'alcoolista. Alcoolismo e sifilide rappresentano le due grandi sorgenti dei mali fisici e morali, mentre un rinnovato assetto economico-sociale, con la diffusione delle scienze positive, varrà a costituire un ambiente di cultura per l'uomo dell'avvenire, per il *Methantropos* del *Morselli* (1).

(1) Vedi il mio lavoro: « *Psicosi, nervosi e criminalità* », in *Rivista italiana di Sociologia*, 10 settembre; e *Note Preliminari*, in *Archivio di Psichiatria, ecc.*, ed in *Giornale di Medicina Militare*, 1910.

VI. — La lotta contro l'alcoolismo deve essere combattuta nell' esercito non meno che nel paese; è una fallace credenza tradizionalistica che il soldato italiano sia sobrio e temperante, perchè è illogico che il giovane lasci — entrando nelle file — tutta la sua eredità familiare e sociale di vizii e difetti morali ed educativi. E purtroppo in Italia si beve, e molto, sopratutto in alcune regioni, vini e liquori, non meno che in Francia, se si consideri che la media fa scendere l'Italia al sesto posto fra tutte le nazioni consumatrici di alcool perchè c'è il Mezzogiorno ove si beve moderatamente, e quasi soltanto vino.

L'aumento dell'alcoolismo è davvero impressionante: nel triennio 1903-1905 in un totale di 40772 entrati nei manicomi d'Italia, i casi di pazzia alcoolica furono 3682, cioè il 9 °/₀ (il 14,2 °/₀ degli uomini, cioè la settima parte); in Svizzera nel 1902 furono il 18 °/₀ degli uomini, in Francia nel 1907 il 10 °/₀ degli entrati in totale. Ma nel Manicomio di Roma troviamo, nel medesimo periodo, la quota dell' 11,4 °/₀ di tutti gli entrati, per salire nei manicomi di Vicenza, Mombello, Ancona, Macerata, Genova a quote oscillanti tra il 21 ed il 29 °/₀.

E considerando poi, oltre alle psicosi alcooliche, quelle in cui l'alcool esercitò azione prevalente, si giunge per il manicomio di Roma al 21,7 °/₀, e per quello di Ancona al 40,5 °/₀! Nel 1895 erano entrati nei Manicomi 1227 individui per psicosi alcooliche, nel 1896-1902 una media di 1892, nel 1903-1905 di 2465, discesi a 2271 nel 1907 (anno di crisi vinicola, fatto riprodottosi nel 1910). Sono cresciute le quote, per 100,000 abitanti, di morti per alcoolismo cronico o per infortunio causato da ubbriachezza: nel periodo 1902-1905 esse furono di 12,8-12,9-16,5-27,5; ma nel Veneto, Liguria e Marche esse erano del 55,2-42,41; invero, mentre la media delle psicosi alcooliche era del 13,8 °/₀, nelle dette regioni saliva al 16,8-19,4-23,1. Così pure sono di mollo aumentati di numero gli spacci, sopratutto in alcune regioni, ed anche in Calabria (effetto dell'*emigrazione di ritorno);* è di molto cresciuta la quantità di spirito fabbricata

per il consumo, e quindi, parallelamente, i reati e le contravvenzioni per ubbriachezza.

Ed ecco perchè l'alcoolismo aumenta nell'esercito, e sopratutto è notevole nei giovani provenienti da alcuni distretti; anzi da noi ha attinto quote molto elevate, ed è in progressivo aumento, al contrario di quanto avviene in quasi tutti gli altri eserciti. In tutto il periodo 1894-1907 ecco le cifre dei ricoverati per alcoolismo nei varii stabilimenti di cura: 2,7-13,4-20,7-18,15-17,24-29,32-35,51.

Le quote al *per mille* di forza sono, negli ultimi tre anni, 0,15-0,17-0,24; invece nel 1901 si aveva il 0,10. Parallelamente, l'esercito tedesco ed il bavarese, hanno soltanto il 0.10; l'esercito inglese ed americano — benchè abbiano quote più elevate per la diversità del reclutamento — hanno diminuito le loro cifre in questi ultimi anni; soltanto il francese, dopo essere scemato sino al 1904, nel quale anno aveva il 0,16, dopo è risalito, ma irregolarmente. Il tedesco specialmente ha di molto migliorato la sua posizione, ed in un ventennio è sceso dal 0,42 al 0,10, mediante un'attiva ed energica propaganda nella società, nell'esercito e nella marina.

Nel nostro esercito non sono questi soltanto i casi di alcoolismo; a parte quelli, piuttosto numerosi, che vengono negli ospedali per provvedimenti medico-legali anzichè in cura, ed oltre a casi numerosi compresi nelle cifre di degenerati, nevrotici ed anormali eliminati dall'esercito, o riformati per debolezza di costituzione fisica o per frenatenie (spesso prodotti di eredoalcoolismo), noi troviamo molti pazzi alcoolici inviati nei manicomi, o reclusi in seguito a reati violenti commessi in istato di ebbrezza. Studiando le storie cliniche di 152 militari ricoverati nel manicomio di Roma, dei quali 122 soldati, ho trovato: psicosi alcooliche vere e proprie in 14, ad etiologia prevalentemente alcoolica in 42, e con la concausa alcoolica in 26: totale in 82, cioè 54 %, e, per i soli soldati, nel 61 %.

L'alcool ha grande valore criminogeno ed antidisciplinare, come si può osservare facilmente esaminando giudicabili militari,

presunti nevrotici o psicopatici. Studiando 108 processi, dei quali 41 di insubordinazione, ho trovato l'etiologia alcoolica nel 66 % del totale. Considerando solo i varii reati di violenza, la quota sale al 75 % per ubbriachezza, 25 % per ebbrezza semplice. Studiando singolarmente 117 reclusi militari, ho trovato l'etiologia alcoolica criminogena nell'86 % dei reati di insubordinazione, ma inoltre nel 42 % dei furti, nel 61 % delle diserzioni, nel 42 % di lesioni personali commesse prima di venire alle armi (1).

S' impongono quindi dei provvedimenti varii, ma energici; e poichè si tratta di problema essenzialmente educativo, occorre istituire la *casa del soldato,* per istruirlo ed educarlo nelle ore di libera uscita, dandogli un sano ambiente di vita e di attività, ed il conforto del materiale benessere; gli effetti saranno benefici nella vita civile del futuro cittadino.

VII. — Ma per meglio fare la lotta antialcoolica nell' esercito occorre eliminare rigorosamente, e largamente, tutti i degenerati ineducabili, che ne sono la grande piaga, e dei quali molti eredoalcoolisti, ubbriaconi essi stessi, commisti alle altre tendenze viziose, antisociali, che ne fanno pericolosa la convivenza civile, tanto più nel specifico ambiente militare, per i tanti fattori di *défaillances* della personalità sociale che derivano dalla particolarità di lavoro e di disciplina.

È necessario che siano messi in opera tutta una serie di provvedimenti che vanno dall' organizzazione psichiatrica dell'esercito alle modificazioni del codice penale militare e della legge sul reclutamento per i già delinquenti, dalle trasformazioni delle compagnie di disciplina in *sezioni d' emenda* per gli anomali educabili, all' abolizione delle carceri militari, ecc.; sempre tenendo presente, come metodo e bussola, lo studio individuale degli anomali ed il provvedimento adatto al singolo caso, sì che dall'insieme della

(1) Vedi il mio lavoro *sull'Alcoolismo*, in *Rivista Militare Italiana*, aprile-maggio 1911, pag. 65 (oltre ad una comunicazione al XIV Congresso freniatrico, e ad una Nota preliminare nell'*Archivio* del Lombroso).

personalità psiconervosa e morale tragga alimento il vario modo di provvedere, nella eliminazione, nell' incorporazione in reparto d' emenda, in qualche tentativo coloniale di *simbiosi,* nell' assegnare allo stabilimento penale unico, che abbia lo scopo di rendere il giudicato rieducabile ai fini del servizio militare, mentre il condannato incorreggibile possa essere trasferito alle carceri comuni, od additato a quegli stabilimenti intermedii, per la lotta sociale contro il degenerato, che auspichiamo possano presto sorgere e fiorire nella società.

È tutta un' opera di rinnovamento intellettuale che va compiendosi nell' esercito, per merito sopratutto di un gruppo di ufficiali medici che da anni si occupano di questi studii, sotto la guida e l' ispirazione dell' Ispettore Capo Generale Medico Ferrero di Cavallerleone; così si va svolgendo la dottrina lombrosiana, che tanta benefica influenza ha avuto sulla medicina legale militare. Nella visione del complesso binomiale: determinismo fisiopsichico e condizioni ambientali, essa — che ebbe anche molteplici radici primigenie nello stesso ambiente militare — meglio insegna il valore delle varie ragioni criminogene, e di *détentes* neuropsichiche, e lumeggia il significato preponderante del fattore bioantropologico, che determina la risultante. Così abbiamo meglio conosciuto l' estensione e la facilità dell' epilettoidismo nei suoi multiformi aspetti, della degenerazione del carattere rispetto alla inadattabilità all' ambiente, e lo stesso isterismo esser piuttosto uno stato di primitività, e di incompletezza evolutiva della personalità psichica. Ciò equivale ad un vero sperimentalismo sociale, ed insegna le norme scientifiche per la profilassi morale di una collettività, il valore della simbiosi, e dei due grandi mezzi di lotta contro l' anomalo, affermati dalla Scuola Positiva: *sostitutivi penali e prevenzione sociale.*

L' osservazione clinica, e meglio ancora lo studio di 243 militari pazzi ricoverati nel manicomio di Roma in un ventennio, dimostrano ancor più chiaramente la importanza dell' elemento bio-antropologico nella criminalità militare; e se nei sott' ufficali spesseggiano paranoia e demenza paralitica, nei soldati le forme

psicosiche più comuni sono: la demenza precoce e, sopratutto, la degenerazione epilettica od epilettoide nelle sue varie forme. In molti casi, tra i quali parecchi Misdea mancati, l'anamnesi ereditaria e personale poteva ben lumeggiare la morbosità, e la potenzialità del danno collettivo, donde la grande importanza di un *dossier* sanitario e scolastico preventivo per i condannati minorenni, per gli *arriéres,* per i noti anormali, per cura delle autorità varie del paese. Tanto più che tale elemento, ereditario o degenerativo, trovasi frequente anche in molti casi di ebbrezza alcoolica ed in altre manifestazioni, confusionali o deliranti acute, che nella degradazione del sistema — da alcool o da fatica — trassero prevalente ragione genetica.

La conoscenza integrale di tutti questi varii elementi potrà meglio aiutarci nello studio della decadenza mentale degli epilettici, in quanto sino ad un certo punto possono valere numero, forma, precocità, durata degli attacchi. Probabilmente non dell' attacco è conseguenza il decadimento mentale, ma della condizione epilettogena, o meglio dello stato mentale particolare di cui l' attacco è un' espressione, od anche un epifenomeno, potendo l' uno e l' altro germogliare da una condizione disintegrativa dei centri nervosi. Appunto molte cause deteriorano la tessitura organica del neurasse epilettogeno, ma sopratutto le condizioni morbose ereditarie, e l' alcoolismo che, funesto tossico nel nevrotico e rivelatore squisito di manchevolezze e squilibrii, è ben più funesto quale eredoalcoolismo, intaccando il *potenziale* stesso del sistema, donde la più facile degradazione di energie, oltre alle varie espressioni di disarmonia e di squilibri funzionali.

I vantaggi di tale opera di Medicina Sociale sono inestimabili, non solo per l' esercito, ma anche per la società, mettendo in rilievo gli anormali gravi, rendendo meglio educati gli emendabili. Così veramente il medico diverrà l'anima dell' esercito, il grande *méneur* di questa collettività, per il bene delle funzioni militari che sono di difesa della patria, e per il vantaggio sociale che in molti molteplici può avere scaturigine dalla missione

nuova che noi ci sentiamo chiamati a svolgere, infaticabilmente, dai tempi moderni, e dalle più recenti conquiste della psichiatria quale scienza sociale, in un rinnovato fecondo orientamento del pensiero umano!

P. CONSIGLIO

Capitano Medico nell' Ospedale Militare di Roma

CESARE LOMBROSO E LA MEDICINA MILITARE

LA PAZZIA DEI MILITARI IN GUERRA



Cesare Lombroso e la medicina militare.

L'opera del *Lombroso,* già grande nella sua intima struttura, pòlline miracoloso di nuova scienza, è stata sovrana in ciò che ha fatto germogliare; essa è stata sopratutto quella di un grande animatore, possente fermentatrice e suscitatrice di nuove idee, di nuovi sentimenti, di grandiose lotte intellettuali, di tutta una mole enorme di studii complessi e fecondi, formidabile pungiglione per tutte le coscienze umane, per tutte le menti, principalmente perchè la scintilla fosforescente e vivificatrice sprizzava da un cumulo enorme di fatti positivi.

Svoltasi nel periodo d'oro della rinascenza moderna, integratrice della rivoluzione mentale che, nel campo della biologia, della filosofia evoluzionistica, della economia politica, avevano compiuto le idee di *Darwin, Spencer, Ardigò* e *Marx* — in ordine alle concezioni del mondo fenomenico — essa ha trasformato radicalmente la conoscenza del delinquente, dell'epilettico, dell'uomo di genio, della natura e genesi del delitto; e, completatasi nella sociologia criminale del *Ferri,* ha prodotto tutto un orientamento nuovo del pensiero sulla natura e modi di adattamento e di rapporti ambientali dell' individuo sociale.

Essa ha avuto una profonda benefica ripercussione nella medicina militare, ed alle dottrine della nuova scuola va sempre più improntandosi l'opera nostra, sopratutto nel complesso pro-

blema della profilassi morale dell'esercito. Ma se noi, oggidì, amorevoli pargoletti (come diceva il nostro Ispettore Capo nel Giubileo del Maestro), ne calchiamo le orme giganti, con immenso vantaggio della collettività militare e con la visione delle funzioni sociali che l'esercito può e deve svolgere nei paesi democratici, d'altra parte, alle origini, l' opera lombrosiana dall'ambiente e dalla vita militare trasse i primi impulsi fermentatori, e poi anche alimento e sostanza.

Nei 5 anni di ufficiale medico, a contatto per la prima volta con un ricco materiale scientifico vivo ed umano, cominciando notevoli studii antropologici sugli Italiani, e sociologici sulla Calabria, e continuando col lavoro sul cretinismo in Lombardia, venne poi a raccogliere numerose osservazioni morfologiche su centinaia di soldati, fissando la costanza di un tipo cranico normale per regione, ed il valore morale del tatuaggio, frequente ed a tipo osceno nel soldato disonesto; così gli sorse in mente l' idea delle ricerche antropologiche nel pazzo e nel criminale.

In una 4ª fase — dopo la rivelazione delle stigmate degenerative ataviche avuta con la fossetta occipitale mediana del Vilella — con lo studio del Misdea, trova la chiave finale e la dimostrazione che, tutto ciò che non è atavico, sia carattere morboso dell' epilessia: così sorse l'edificio granitico del delinquente nato, mentre per riflesso della dottrina veniva grandemente lumeggiata — nel nostro ambiente — col fenomeno del misdeismo — l'enorme importanza dell' epilessia psichica, degli equivalenti psicoepilettici e psicoisterici, e dell'epilettoidismo come base degenerativa del carattere. Da tale conoscenza è sorta la necessità della difesa collettiva contro l'anormale ed il degenerato, che nell'esercito è sempre dannoso, ed in modi molteplici anche al di fuori dell'episodio violento.

Dopo gli ammaestramenti della scuola ispirata dal Lombroso, noi andiamo attuando un largo processo di risanamento morale, moltiplicando le eliminazioni dei nevrotici, degli psicopatici, degli

insufficienti intellettuali e morali, dei degenerati epilettoidi; così, mentre le riforme nel complesso delle anomalie della personalità crescono in 17 anni, presso i soli Consigli di Leva, da 414 a 708, e per gli inscrilti dei Distretti od appena giunti ai Corpi, da 142 a 444, vale a dire in tutto da 456 a 1152, crescono non meno le riforme dei soldati disvelatisi anormali al cimento della vita militare, e cioè, negli ultimi 9 anni di statististica, da 340 a 715; l'aumento va, per la nevrosi dall' 1,18 al 2,25 per mille di forza media; per le psicosi e deficienze mentali dal 2 al 4,9 per mille; nel totale dal 3,60 all'8,15 per mille; ma 10 anni prima si aveva soltanto l' 1,93 per mille, e nel 1876 il 0,69 appena!

Nella visione del complesso binomiale: determinismo fisiopsichico e condizioni ambientali, da una parte, oltre alla profilassi morale, siamo sempre più larghi nella selezione fisica, consci che i deboli facilmente subiscono la *détente* organica nella tubercolosi, o la psico-nervosa nell'episodio psicopatico o nevrotico; dall'altra ci adoperiamo attivamente per migliorare sempre più le condizioni di vita esterna, di disciplina, di adattabilità, di lavoro.

Ma, se tutto ciò è un effetto indiscutibile delle nuove dottrine sociologiche, insieme ai vantaggiosi beneficî della diminuzione dei fatti di misdeismo e della criminalità militare, della mortalità e della tubercolosi nei soldati, d'altra parte esso costituisce una forma di sperimentalismo sociale. Invero c' insegna meglio il valore delle varie ragioni criminogene, e ci dimostra chiaramente l'azione delle cause *ambientali,* fisiche, morali e disciplinari, delle cause *biologiche,* delle cause *tossiche,* delle *cosmo-telluriche,* ed infine delle *antropologiche* (degenerative, ereditarie e morbose).

Tolto di mezzo, per gran parte, il determinismo economico che, specie nella piccola criminalità, ha tanto valore in società, — mentre la piccola delinquenza militare trova l'occasionalità disci-

plinare, o della fatica o di un contrasto emotivo, o di un trascorso alcoolico e simili — nella vera criminalità del soldato, come nella maggior parte degli episodî psicopatici e nevrotici acuti, è certamente il fattore biologico che prepondera e determina la risultante.

Si dava prima tutta la colpa alla malvagità o quanto meno al malvolere di chi mancava o infrangeva con violenza le norme disciplinari, o persisteva nella pessima condotta; dopo, si è accusato l'ambiente militare quale mezzo di cultura della delinquenza disciplinare; oggi, invece, noi, dopo gli ammaestramenti del *Lombroso* e della sua scuola, siamo in grado di riconoscere l'estensione del carattere epilettico, e la impronta comiziale od isterica in molte espressioni gravi di condotta antidisciplinare, la facilità detl'epilettoidismo o della degenerazione del carattere in molteplici forme di inadattabilità militare, e lo stesso isterismo tendiamo a ritenere piuttosto che una nevrosi, uno stato di primitività psiconervosa, di incompletezza evòlutiva della personalità.

Spostato così il fondamento genetico, possiamo trarne le norme positive per la profilassi, che precipuamente si impernia nella lotta contro l'anomalo ed il degenerato, con un tentativo utile di simbiosi nelle Colonie.

Qui si rinnova lo sperimentalismo sociale: i risultati grandemente benefici dimostrano essere questa la grande via maestra. Prevenzione sociale e sostitutivi penali sono i due grandi mezzi di lotta che la Scuola Positiva ha affermato; e da questo sperimentalismo nella collettività militare, la più grande collettività umana potrà trarne norme sicure nella difesa sociale contro l'anomalo, sopratutto per contrastare vigorosamente la selezione regressiva della specie, e migliorare la potenzialità della razza e le funzioni della vita collettiva, onde accrescere la somma dei godimenti e dei valori umani, e delle conquiste benefiche della lotta contro la Natura eternamente feconda.

La pazzia nei militari in guerra.

In tempo di guerra le malattie mentali e nervose dovranno moltiplicarsi, perchè le medesime cause che agiscono in pace si intensificano nella loro azione perturbante (fatica, calore, disagio d' ogni sorta, disciplina, patemi); ma altre se ne aggiungono, quali: lo scarso allenamento delle classi anziane, la paura della morte, il dolore della lontananza, e sopratutto il modo moderno di combattere che, assieme al temperamento moderno più impressionabile, e meno guerresco, dovranno aumentare le *détentes* nervose e mentali, in modo sconosciuto per il passato. Le battaglie terrestri o navali, d'oggidì, si assomigliano a dei grandi cataclismi abbattentisi sull' umanità « à la facon, diceva Iacoby, des catastrophes cosmiques », nel fragore immenso delle numerose artiglierie, e nel crepitio assordante delle fucilate che spazzano subito in un baleno, centinaia d' uomini insieme, prima che si scorga il nemico, o nello scoppio delle mine poderose che sovvertono e squarciano la terra, seppellendo intere compagnie, o nello affondare rapido di una corazzata insidiosamente silurata, con tutta la popolazione d' armati che pochi istanti prima l' animava. Donde il sorgere di numerose forme nevrotiche e psichiche da *choc* morale, a sindromi isteriformi, specialmente per la disposizione angosciante che tanti soldati, dalle industrie, dai commerci, dalle professioni varie porteranno con le classi anziane.

La guerra russo-giapponese ha messo ben in evidenza molte cose che debbono assai ammaestrarci, col gran numero di alienati che quei conflitti titanici fecero manifesti e provocarono; quei risultati debbono imporci provvedimenti razionali sin da ora, pure tenendo conto dell'alto valore che l'alcoolismo aveva su molti russi, e del fatto che per essi la guerra era impopolare e ad un'enorme distanza dalla patria.

Non furono riscontrate forme psicopatiche speciali, ma si osservò: apparizione rapida della paralisi progressiva poco dopo aver contratta la sifilide; frequenza assai grande di allucinazioni acustiche, ed anche visive, di probabile natura istero-tossica; forme confusionali acute, spesso con agitazione ed anche con delirio, imperniati su avvenimenti di guerra, della durata di una quindicina di giorni, spesso analoghe alle psicosi da esaurimento; stati di debolezza psicofisica, detti dal *Chaikevitch* di *cesthenia comune;* sindromi alcooliche tra gli ufficiali ed i riservisti, epilettiche ed epilettiformi nei soldati delle prime linee e con decorso più grave sul teatro di guerra; ma, sopratutto, la così detta *vesania depressiva stuporosa,* analoga alla forma illustrata in pace dal Saporito quale psicosi dei militari, ma assai più frequente e più grave: l'influenza delle gravi emozioni guerresche spiega la frequenza dello stato depressivo, sino allo stupore, e di questo stesso *cachet* nelle comuni nevrastenie traumatiche, nella demenza paralitica, nello stesso alcoolismo acuto. Quindi tali forme depressive furono più frequenti tra i riservisti, e tra gli artiglieri.

Modificazioni importanti nello stato mentale di parecchi soldati furono osservate pure prima delle battaglie, ed anche nello stato morale, con agitazione emotiva, che è pericoloso substrato di quel panico collettivo cui si debbono spesso i disastri, e che si accentuava ed estendeva nelle ritirate precipitose.

Or bene, al principio della guerra, l'amministrazione militare russa, ed i medici militari, furono assai sorpresi del numero degli alienati, alla cui possibilità pare che neppure si pensasse.

Ma l'evidenza si impose: nel febbraio 1904 se ne manifestarono, di conclamati, nel marzo 3, nell'aprile 23, nel maggio 26, nel giugno 39, alla fine della guerra circa 2000, cioè il 2 °/₀₀ dell'effettivo; molti impazzivano durante il lungo penoso viaggio dalla Russia alla Manciuria. Così la cattiva preparazione psichiatrica dell'esercito russo fece trovare agglomerati a Kharbin ben 2000 pazzi, enormemente ingombranti, a così grande distanza dalla patria, ed intrasportabili o per le loro condizioni mentali o perchè le ferrovie erano adibite al servizio delle truppe e pel materiale. Trasportati, dopo la pace, per mare, ingombrarono per un pezzo varii ospedali comuni, in tutti gli spazi disponibili.

Un' altra condizione che aggrava lo stato mentale è l' assedio delle piazze forti moderne come, in quello tragicamente epico di Port-Arthur, ove numerosi furono, negli ultimi tempi, i casi di pazzie: anche qui, del resto, come nelle battaglie in campo aperto, i varii fattori causali, e sopratutto il grave trauma morale, dirompono l'equilibrio dei sistemi instabili, scarsi di potenziale o di energie reintegrative; vale a dire aggravano, disvelandole, le manchevolezze originarie della personalità e le note degenerative che spesso furono riscontrate, ed in alta proporzione, nei militari impazziti; così nella sezione psichiatrica dell'ospedale militare di Port-Arthur in tutti e 39 i militari pazzi vi trovarono segni di degenerazione fisica e psichica, e, nell' anamnesi, lues, alcool, tare ereditarie neuropsicopatiche o combinate. Anche qui, mentre negli ufficiali e riservisti predominavano le forme alcooliche, o sintomi precoci di demenza paralitica, nei soldati si avevano sindromi depressive traumatiche, episodi psicopatici dei degenerati, acuzie psicoepilettica o psicoisterica, e manifestazioni di demenze precoci sino allora rimaste latenti.

Disturbi mentali, cioè, analoghi a quelli di recente osservati nei marinai vittime di gravi accidenti nelle corazzate, o di artiglieri investiti in scoppi di mine, e, meglio ancora, a quelli consecutivi al terremoto calabro-siculo, e che il Neri così bene ha

lumeggiato. Interessante è il fatto che più volte i russi, nell'episodio di furore acuto, consumarono o tentarono eccidi misdeici, prendendo i compagni per giapponesi.

In conclusione, se la guerra non crea nuove forme di psicosi, disvela ed aggrava le disposizioni psicopatiche e le latenze nevrotiche, anche in soggetti che senza di ciò sarebbero forse rimasti sani; donde la necessità di un risanamento morale preventivo nelle truppe, prima della guerra, e di una attiva igiene mentale dei soldati prima della battaglia: il soldato non deve considerarsi un semplice esecutore di ordini, ma bisogna valutarne, e saperne valutare, le perdite di energie nervose e psichiche, che possono condurre a *défaillances* improvvise — per quanto transitorie se subito curate, o prevenute — in seguito all'azione delle marce prolungate, dell'alimentazione insufficiente, delle veglie prolungate, dell'agitazione nervosa e della insonnia che ne risultano.

Ne viene, inoltre, la necessità imprescindibile, per gli eserciti moderni, di organizzare sin dalla pace l'assistenza curativa sul teatro di guerra, e medico-legale nei posti di mobilitazione; eliminare largamente significa migliorare molto la forza dell'esercito, economizzare nel personale e nei viveri, facilitare lo sgombero dei malati comuni. I russi ricorsero, dopo, alla ospitalizzazione in sito, destinandovi alcuni ospedali da campo in luoghi lontani dalla base delle operazioni e del passaggio delle truppe; la Croce Rossa dovette aggiungere ai suoi chirurghi dei psichiatri; e lo Czar, con ukase del 12 ottobre 1904, ordinava la creazione di due ospedali speciali, a Mukden e Kharbin. Al bisogno possono servire dei padiglioni speciali, aggregati agli ospedali da campo, ma gestiti da ufficiali specialisti, perchè in genere gli episodi psicopatici guerreschi sono di indole acuta, transitoria, curabili in qualche giorno col semplice riposo a letto, prolungato, ed in tranquillità assoluta. Bisogna poi lodare i russi perchè, nonostante le gravi difficoltà, organizzazione ed

assistenza, poterono essere fondate in sito sulle basi della psichiatria scientifico-pratica, praticando — nella misura del possibile — il *non-restreint,* assai di rado l' isolamento, mai la camicia di forza.

Così questo grave problema si riallaccia a quello, già tanto complesso, della organizzazione psichiatrica nell'esercito, e della eliminazione dei degenerati; però rimane sempre il grave dubbio che in tal modo la guerra disperde le migliori energie, e conserva e fa riprodurre le peggiori, favorendo la selezione regressiva; mentre più volte si è notato come molti anomali divengano in guerra veri eroi, per la temerarietà e lo sprezzo del pericolo: anche qui, forse, potrà attuarsi la simbiosi, formando reparti speciali di esploratori o di guerrilleros, come ha fatto la Francia nel suo impero africano. Noi, comunque, dobbiamo risanare l'esercito, perchè esso proceda meglio, e più speditamente, non per conquiste predatrici, ma per le sue funzioni protettive, nei momenti del bisogno, ed a difesa del sacro suolo della patria nostra! (1)

(1) Mentre correggo queste bozze, vien pubblicato sull'argomento un bello studio del mio collega capitano Funaioli, nella *Riv. Sper. di freniatria.*

La guerra russo-giapponese ha messo ben in evidenza molte cose che debbono assai ammaestrarci, col gran numero di alienati che quei conflitti titanici fecero manifesti e provocarono; quei risultati debbono imporci provvedimenti razionali sin da ora, pure tenendo conto dell'alto valore che l'alcoolismo aveva su molti russi, e del fatto che per essi la guerra era impopolare e ad un'enorme distanza dalla patria.

Non furono riscontrate forme psicopatiche speciali, ma si osservò: apparizione rapida della paralisi progressiva poco dopo aver contratta la sifilide; frequenza assai grande di allucinazioni acustiche, ed anche visive, di probabile natura istero-tossica; forme confusionali acute, spesso con agitazione ed anche con delirio, imperniati su avvenimenti di guerra, della durata di una quindicina di giorni, spesso analoghe alle psicosi da esaurimento; stati di debolezza psicofisica, detti dal *Chaikevitch* di *cesthenia comune;* sindromi alcooliche tra gli ufficiali ed i riservisti, epilettiche ed epilettiformi nei soldati delle prime linee e con decorso più grave sul teatro di guerra; ma, sopratutto, la così detta *vesania depressiva stuporosa,* analoga alla forma illustrata in pace dal Saporito quale psicosi dei militari, ma assai più frequente e più grave: l'influenza delle gravi emozioni guerresche spiega la frequenza dello stato depressivo, sino allo stupore, e di questo stesso *cachet* nelle comuni nevrastenie traumatiche, nella demenza paralitica, nello stesso alcoolismo acuto. Quindi tali forme depressive furono più frequenti tra i riservisti, e tra gli artiglieri.

Modificazioni importanti nello stato mentale di parecchi soldati furono osservate pure prima delle battaglie, ed anche nello stato moraie, con agitazione emotiva, che è pericoloso substrato di quel panico collettivo cui si debbono spesso i disastri, e che si accentuava ed estendeva nelle ritirate precipitose.

Or bene, al principio della guerra, l'amministrazione militare russa, ed i medici militari, furono assai sorpresi del numero degli alienati, alla cui possibilità pare che neppure si pensasse.

Ma l'evidenza si impose: nel febbraio 1904 se ne manifestarono, di conclamati, nel marzo 3, nell'aprile 23, nel maggio 26, nel giugno 39, alla fine della guerra circa 2000, cioè il 2 °/₀₀ dell'effettivo; molti impazzivano durante il lungo penoso viaggio dalla Russia alla Manciuria. Così la cattiva preparazione psichiatrica dell'esercito russo fece trovare agglomerati a Kharbin ben 2000 pazzi, enormemente ingombranti, a così grande distanza dalla patria, ed intrasportabili o per le loro condizioni mentali o perchè le ferrovie erano adibite al servizio delle truppe e pel materiale. Trasportati, dopo la pace, per mare, ingombrarono per un pezzo varii ospedali comuni, in tutti gli spazi disponibili.

Un' altra condizione che aggrava lo stato mentale è l' assedio delle piazze forti moderne come, in quello tragicamente epico di Port-Arthur, ove numerosi furono, negli ultimi tempi, i casi di pazzie: anche qui, del resto, come nelle battaglie in campo aperto, i varii fattori causali, e sopratutto il grave trauma morale, dirompono l'equilibrio dei sistemi instabili, scarsi di potenziale o di energie reintegrative; vale a dire aggravano, disvelandole, le manchevolezze originarie della personalità e le note degenerative che spesso furono riscontrate, ed in alta proporzione, nei militari impazziti; così nella sezione psichiatrica dell'ospedale militare di Port-Arthur in tutti e 39 i militari pazzi vi trovarono segni di degenerazione fisica e psichica, e, nell' anamnesi, lues, alcool, tare ereditarie neuropsicopatiche o combinate. Anche qui, mentre negli ufficiali e riservisti predominavano le forme alcooliche, o sintomi precoci di demenza paralitica, nei soldati si avevano sindromi depressive traumatiche, episodi psicopatici dei degenerati, acuzie psicoepilettica o psicoisterica, e manifestazioni di demenze precoci sino allora rimaste latenti.

Disturbi mentali, cioè, analoghi a quelli di recente osservati nei marinai vittime di gravi accidenti nelle corazzate, o di artiglieri investiti in scoppi di mine, e, meglio ancora, a quelli consecutivi al terremoto calabro-siculo, e che il Neri così bene ha

lumeggiato. Interessante è il fatto che più volte i russi, nell' episodio di furore acuto, consumarono o tentarono eccidi misdeici, prendendo i compagni per giapponesi.

In conclusione, se la guerra non crea nuove forme di psicosi, disvela ed aggrava le disposizioni psicopatiche e le latenze nevrotiche, anche in soggetti che senza di ciò sarebbero forse rimasti sani; donde la necessità di un risanamento morale preventivo nelle truppe, prima della guerra, e di una attiva igiene mentale dei soldati prima della battaglia: il soldato non deve considerarsi un semplice esecutore di ordini, ma bisogna valutarne, e saperne valutare, le perdite di energie nervose e psichiche, che possono condurre a *défaillances* improvvise — per quanto transitorie se subito curate, o prevenute — in seguito all' azione delle marce prolungate, dell' alimentazione insufficiente, delle veglie prolungate, dell' agitazione nervosa e della insonnia che ne risultano.

Ne viene, inoltre, la necessità imprescindibile, per gli eserciti moderni, di organizzare sin dalla pace l' assistenza curativa sul teatro di guerra, e medico-legale nei posti di mobilitazione; eliminare largamente significa migliorare molto la forza dell' esercito, economizzare nel personale e nei viveri, facilitare lo sgombero dei malati comuni. I russi ricorsero, dopo, alla ospitalizzazione in sito, destinandovi alcuni ospedali da campo in luoghi lontani dalla base delle operazioni e del passaggio delle truppe; la Croce Rossa dovette aggiungere ai suoi chirurghi dei psichiatri; e lo Czar, con ukase del 12 ottobre 1904, ordinava la creazione di due ospedali speciali, a Mukden e Kharbin. Al bisogno possono servire dei padiglioni speciali, aggregati agli ospedali da campo, ma gestiti da ufficiali specialisti, perchè in genere gli episodi psicopatici guerreschi sono di indole acuta, transitoria, curabili in qualche giorno col semplice riposo a letto, prolungato, ed in tranquillità assoluta. Bisogna poi lodare i russi perchè, nonostante le gravi difficoltà, organizzazione ed

assistenza, poterono essere fondate in sito sulle basi della psichiatria scientifico-pratica, praticando — nella misura del possibile — il *non-restreint,* assai di rado l' isolamento, mai la camicia di forza.

Così questo grave problema si riallaccia a quello, già tanto complesso, della organizzazione psichiatrica nell' esercito, e della eliminazione dei degenerati; però rimane sempre il grave dubbio che in tal modo la guerra disperde le migliori energie, e conserva e fa riprodurre le peggiori, favorendo la selezione regressiva; mentre più volte si è notato come molti anomali divengano in guerra veri eroi, per la temerarietà e lo sprezzo del pericolo: anche qui, forse, potrà attuarsi la simbiosi, formando reparti speciali di esploratori o di guerrilleros, come ha fatto la Francia nel suo impero africano. Noi, comunque, dobbiamo risanare l' esercito, perchè esso proceda meglio, e più speditamente, non per conquiste predatrici, ma per le sue funzioni protettive, nei momenti del bisogno, ed a difesa del sacro suolo della patria nostra! (1)

(1) Mentre correggo queste bozze, vien pubblicato sull'argomento un bello studio del mio collega capitano Funaioli, nella *Riv. Sper. di freniatria.*

MANICOMIO PROVINCIALE DI PERUGIA
Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

PER

L'ARCHIVIO DELLE RICERCHE SULLE GHIANDOLE a secrezione interna

LE GHIANDOLE A SECREZIONE INTERNA nell'avvelenamento sperimentale cronico da alcool

NOTA

Del DOTT. GUIDO GARBINI
primario e libero docente



È ormai notorio, per numerose ricerche sull' uomo e sugli animali da esperimento, che le bevande alcooliche introdotte nell' organismo in quantità eccessiva producono molteplici lesioni a carico non solamente del sistema nervoso centrale e periferico, ma anche a carico di tutti i sistemi. Al contrario, fino a questi ultimissimi anni, non si era affatto rivolta l' attenzione allo studio delle ghiandole a secrezione interna che, da tempo, concordi risultati di numerose indagini avevano indicati quali organi di alta importanza nell' economia animale.

Per questa ragione non mi è parso inutile di riferire i resultati delle mie esperienze sebbene portroppo sia convinto che non si possa arrivare a nessuna conclusione, non dico certa ma neppure approssimativa, sulla influenza che dette ghiandole hanno nello sviluppo e decorso delle malattie mentali, prima di avere raccolto una innumerevole serie di osservazioni in proposito.

Lasciando da parte ogni tentativo di interpretazione dei fatti, esporrò brevemente le resultanze del mio studio anatomo-patologico sulla ipofisi, tiroide, sulle capsule surrenali, sulle ghiandole sessuali dei cani intossicati coll' alcool etilico, coll' alcool metilico e col vino (1).

Io mi sono valso degli animali sui quali **Agostini** aveva praticate le esperienze, rese già note, dirette a studiare l' azione fisiopatologica di alcuni alcool.

(1) Per lo studio istologico dell' ipofisi, tiroide, c. surrenali ghiandole sessuali mi sono servito del metodo *Benda* – del *Flemming* -- del *Galeotti* -- *Zenker* e *Ciaccio*.

Le esperienze riguardano sei cani. Dall' esame dei centri nervosi cerebrali e spinali è stato rilevato:

che le lesioni del sistema nervoso dei cani cronicamente intossicati con alcool etilico e metilico non differiscono fra di loro che per la intensità e la rapidità colla quale si manifestano nell' avvelenamento per alcool metilico (1).

Le alterazioni degli elementi nervosi, rilevate a carico della sostanza tigroide e dell' apparato neurofibrillare, sono gravi e diffuse; ma proporzionate alla durata dell' avvelenamento; e più evidenti nei grandi neuroni radicolari anteriori del midollo spinale che negli altri centri.

Fu inoltre riscontrato che le alterazioni a carico dei vasi sanguigni e della nevroglia negli animali esaminati erano poco accentuate.

(1) Per notizie più particolareggiate, vedi Agostini loc. cit.

ESPERIENZE.

Cane *f.* N. 1.

Appena divezzata dal latte, le fu somministrato mediante la sonda alcool metilico nella dose di gr. 2 *pro Kilo e pro die* diluito in cmc. 43 di acqua. Al 38° giorno il cane venne a morte.

Il peso iniziale dell'animale era di grammi 20.0; quello terminale di grammi 4300 mentre il cane di confronto ne pesava 5000. Il cane sottoposto a questo trattamento presentò evidente grave malessere; pochi giorni prima della morte il treno posteriore divenne paretico. Poi la paresi si estese agli arti anteriori. Comparvero tremori diffusi, ipotermia, obnubilamento della coscienza.

Ipofisi. — Ghiandola attivamente funzionante. Ben distinta la *pars cromofila* dalla *cromofoba.*

Trabecole connettivali sottili e scarse. Cordoni cellulari grossi costituiti da grandi elementi cromofili, in prevalenza vacuolizzati. Nella *pars cromofoba* discreta quantità di colloide.

Tiroide. — Ghiandola iperattiva. Lo stroma connettivale è molto scarso, i setti sottili. Le vescicole, di dimensioni variabili, sono, nella loro maggioranza, voluminose, ripiene di sostanza colloide.

Gli elementi cellulari grossi, intensamente colorati, bene ordinati; ricca vascolarizzazione, nessuna traccia di desquamazione epiteliale. Dove la vescicola è ricolma di colloide, l'epitelio è un po' schiacciato.

C. Surrenali. — Le due sostanze, corticale e midollare, sono attivamente funzionanti. Molti elementi cellulari della porzione corticale sono trasformati in spongiociti, voluminosi e provvisti di grosso nucleo. Gli elementi della sostanza midollare, a limiti ben distinti, sono ricchi di tessuto cromaffine.

Ovaio. — Stroma connettivale copioso. Numerosi i follicoli di Graaf in varii stadî di sviluppo.

Esistono certamente cellule granulose interstiziali; ma i preparati poco si prestano ad uno studio accurato di esse.

Cane *f.* N. 2.

Appena divezzata dal latte fu sottoposta ad esperimento. Ogni giorno, mediante la sonda, le veniva somministrato dell' alcool metilico alla dose di grammi 2 *pro Kilo,* ma diluito in grammi 85 di acqua.

Il cane che all' inizio delle esperienze pesava grammi 2000, alla sua morte, avvenuta dopo 43 giorni, ne pesava 3200; mentre il cane di con fronto aveva raggiunto grammi 5000.

Come nel cane N. 1 si notò anche in questo notevole dimagramento grave malessere, paresi degli arti posteriori seguita da quella degli anteriori, tremori diffusi, ipotermia.

Lo stato di incoscienza o subcomatoso si protrasse di qualche giorno di più.

Ipofisi. — La *pars cromofila* è notevolmente più sviluppata della *cromofoba.* Grosse cellule cromofili, intensamente colorate, formano voluminosi cordoni cellulari: i vacuoli sono ampii e numerosi, molto ravvicinati Scarso lo stroma connettivo.

Irrorazione sanguigna abbondante. Ghiandola attivamente funzionante.

Tiroide. — Stroma sottile e scarso. Nulla a carico dei vasi sanguigni. La ghiandola si presenta in istato di iperattività.

Vescicole copiosissime di diverse dimensioni, ripiene di colloide. Non si nota alcuna traccia di desquamazione epiteliale, ma gli elementi cellulari sono bene distinti, intensamente colorati con nucleo grosso. Laddove il colloide riempie la vescicola, questa è distesa e l' epitelio alquanto appiattito.

C. Surrenali. — Evidentemente le due sostanze, corticale e midollare, si trovano in istato di notevole attività funzionale. Infatti le cellule della s. corticale sono, in gran parte, trasformate in spongiociti; appaiono voluminose e provviste di grosso nucleo. Lieve grado di iperemia. Nella s. midollare le singole cellule mostrano limiti netti, il loro protoplasma è ricco di sostanza cromaffine; il nucleo, in molte di esse, ha posizione eccentrica.

Ovaio. — È attivamente funzionante. Si notano numerosi i vasi, e numerosi gli elementi fuoriusciti dai vasi.

La vascolarizzazione è assai più intensa nella sostanza midollare. Il tessuto connettivo in qualche punto è alquanto aumentato. Si contano numerosissimi follicoli di Graaf in tutti gli stadii di sviluppo.

In vicinanza dei vasi — più particolarmeute — si notano numerose cellule granulose, alcune disordinatamente disposte, altre agglomerate in accumuli in modo da ricordare i nidi cellulari cromaffini.

Cane *m.* N. 3.

Questo cane all'inizio degli esperimenti pesava grammi 2000; alla sua morte ne pesava grammi 7200.

Appena divezzato dal latte e col solito sistema, gli veniva introdotto quotidianamente nello stomaco grammi 2 *pro kilo* di alcool etilico diluito in grammi 40 di acqua.

Dopo parecchie settimane cominciarono a manifestarsi fenomeni paretici del treno posteriore, diminuita reattività agli stimoli esterni ecc., fino a che il cane venne a morte cinque mesi dopo il primo esperimento.

Ipofisi. — Appare subito che la ghiandola ipofisaria è in istato di notevole attività. Ben distinta la *pars cromofila* dalla *cromofoba* che rappresenta una piccola porzione della ghiandola. Cellule riunite in cordoni grossi, ricche di vacuoli. Scarsa quantità di colloide. Vasi piuttosto grossi ed iperemici. Stroma connettivale più accentuato che nei cani N. 1 e 2.

Tiroide. — Il tessuto di sostegno si presenta normale. La ghiandola, nel suo complesso, è in istato di notevole attività. Le vescicole sono di varia grandezza, ma nella loro maggioranza appaiono assai voluminose e ripiene di colloide. Non vi è traccia di desquamazione epiteliale. Gli elementi cellulari che tappezzano le vescicole sono bene colorati, ordinatamente disposti su di un solo strato, i loro nuclei intensamente colorati.

Le cellule delle vescicole grandi, ricolme di sostanza colloide, appaiono schiacciate per compressione; esse si mantengono distinte l'una dall'altra, sono un po' pallide, ma il loro nucleo è bene conservato.

Vi sono zone ghiandolari occupate quasi in totalità da vescicole distese

Esistono certamente cellule granulose interstiziali; ma i preparati poco si prestano ad uno studio accurato di esse.

Cane *f.* N. 2.

Appena divezzata dal latte fu sottoposta ad esperimento. Ogni giorno, mediante la sonda, le veniva somministrato dell' alcool metilico alla dose di grammi 2 *pro Kilo,* ma diluito in grammi 85 di acqua.

Il cane che all' inizio delle esperienze pesava grammi 2000, alla sua morte, avvenuta dono 43 giorni, ne pesava 3200; mentre il cane di con fronto aveva raggiunto grammi 5000.

Come nel cane N. 1 si notò anche in questo notevole dimagramento grave malessere, paresi degli arti posteriori seguita da quella degli anteriori, tremori diffusi, ipotermia.

Lo stato di incoscienza o subcomatoso si protrasse di qualche giorno di più.

Ipofisi. — La *pars cromofila* è notevolmente più sviluppata della *cromofoba.* Grosse cellule cromofili, intensamente colorate, formano voluminosi cordoni cellulari: i vacuoli sono ampii e numerosi, molto ravvicinati Scarso lo stroma connettivo.

Irrorazione sanguigna abbondante. Ghiandola attivamente funzionante.

Tiroide. — Stroma sottile e scarso. Nulla a carico dei vasi sanguigni. La ghiandola si presenta in istato di iperattività.

Vescicole copiosissime di diverse dimensioni, ripiene di colloide. Non si nota alcuna traccia di desquamazione epiteliale, ma gli elementi cellulari sono bene distinti, intensamente colorati con nucleo grosso. Laddove il colloide riempie la vescicola, questa è distesa e l' epitelio alquanto appiattito.

C. Surrenali. — Evidentemente le due sostanze, corticale e midollare, si trovano in istato di notevole attività funzionale. Infatti le cellule della s. corticale sono, in gran parte, trasformate in spongiociti; appaiono voluminose e provviste di grosso nucleo. Lieve grado di iperemia. Nella s. midollare le singole cellule mostrano limiti netti, il loro protoplasma è ricco di sostanza cromaffine; il nucleo, in molte di esse, ha posizione eccentrica.

Ovaio. — È attivamente funzionante. Si notano numerosi i vasi, e numerosi gli elementi fuoriusciti dai vasi.

La vascolarizzazione è assai più intensa nella sostanza midollare. Il tessuto connettivo in qualche punto è alquanto aumentato. Si contano numerosissimi follicoli di Graaf in tutti gli stadii di sviluppo.

In vicinanza dei vasi — più particolarmeute — si notano numerose cellule granulose, alcune disordinatamente disposte, altre agglomerate in accumuli in modo da ricordare i nidi cellulari cromaffini.

Cane *m*. N. 3.

Questo cane all'inizio degli esperimenti pesava grammi 2000; alla sua morte ne pesava grammi 7200.

Appena divezzato dal latte e col solito sistema, gli veniva introdotto quotidianamente nello stomaco grammi 2 *pro kilo* di alcool etilico diluito in grammi 40 di acqua.

Dopo parecchie settimane cominciarono a manifestarsi fenomeni paretici del treno posteriore, diminuita reattività agli stimoli esterni ecc., fino a che il cane venne a morte cinque mesi dopo il primo esperimento.

Ipofisi. — Appare subito che la ghiandola ipofisaria è in istato di notevole attività. Ben distinta la *pars cromofila* dalla *cromofoba* che rappresenta una piccola porzione della ghiandola. Cellule riunite in cordoni grossi, ricche di vacuoli. Scarsa quantità di colloide. Vasi piuttosto grossi ed iperemici. Stroma connettivale più accentuato che nei cani N. 1 e 2.

Tiroide. — Il tessuto di sostegno si presenta normale. La ghiandola, nel suo complesso, è in istato di notevole attività. Le vescicole sono di varia grandezza, ma nella loro maggioranza appaiono assai voluminose e ripiene di colloide. Non vi è traccia di desquamazione epiteliale. Gli elementi cellulari che tappezzano le vescicole sono bene colorati, ordinatamente disposti su di un solo strato, i loro nuclei intensamente colorati.

Le cellule delle vescicole grandi, ricolme di sostanza colloide, appaiono schiacciate per compressione; esse si mantengono distinte l'una dall'altra, sono un po' pallide, ma il loro nucleo è bene conservato.

Vi sono zone ghiandolari occupate quasi in totalità da vescicole distese

per soverchia abbondanza di colloide, mentre altre zone sono in maggioranza costituite da vescicole di media grandezza con elementi cellulari intensamente colorati.

C. Surrenali. — Le due sostanze — corticale e midollare — sono aumentate di estensione.

Le varie zone della corticale si differenziano bene l'una dall'altra; ed in tutte si nota un certo grado di iperemia.

Lo stroma connettivo è formato di setti, in alcuni punti, più grossi del normale. La zona glomerulare è piuttosto estesa: le cellule sono grosse e con nucleo ben manifesto.

La zona fascicolata è più estesa del consueto, vi si nota quasi totale trasformazione spongiocitaria delle cellule. Lo stesso dicasi della reticolata.

Anche la sostanza midollare è aumentata di volume; le sue trabecole sono alquanto ingrossate, le cellule sono a limiti netti; il loro protoplasma è ricco di sostanza cromaffine; i seni venosi dilatati.

Nel suo complesso questa ghiandola è iperattiva.

Testicoli. — Stroma connettivo piuttosto abbondante; ma non ugualmente dappertutto. Solo in qualche punto i *septula testis* appaiono grossi e compatti.

I tubuli seminiferi sono bene individualizzati ed il loro calibro appare normale.

Le cellule ghiandolari sono sovrapposte in più strati, e le spermatocellule appaiono nella loro maggioranza, in istato di riposo.

Le cellule ghiandolari interstiziali sono scarse.

Cane *m*. N. 4.

Questo cane, cui, appena divezzato, vennero somministrati i soliti 2 grammi di alcool etilico *pro kilo e pro die*, ma diluiti in 80 grammi di acqua, venne a morte dopo 7 mesi e giorni, presentando fenomeni uguali a quegli del cane N. 3.

Peso iniziale grammi 2000; peso terminale grammi 7,700.

Ipofisi. — Stroma connettivo, nelle sue trabecole, un po' più grosso

del normale. Vasi capillari numerosi, iperemici, ed in qualche zona anche distesi.

I cordoni cellulari sono fitti, e le loro cellule attivamente funzionanti.

Le cromofili prevalgono sulle cromofobe. Si scorgono però, qua e là, piccole zone in cui i cordoni cellulari sono intieramente costituiti di cellule cromofobe. Piuttosto scarse le raccolte di sostanza colloide.

Questa ipofisi è in istato di attività funzionale.

Tiroide. — Le vescicole si vedono distese, ricolme di colloide granuloso e poco colorato, tappezzato di cellule appiattite e pallide. Non si notano che in scarse vescicole fatti di desquamazione epiteliale. I vasi sanguigni sono piuttosto voluminosi. Il connettivo non si presenta ispessito. Si notano pochi alveoli cellulari di media grandezza, tappezzati da cellule epiteliali ben colorate e grosse, ricche di contenuto colloidale, intensamente colorato e di aspetto omogeneo.

C. Surrenali. — Lievemente aumentato di spessore l'involucro connettivale. I setti connettivali sono, in massima parte, sottili; ma in qualche zona appaiono più grossi del normale. I vasi sanguigni sono distesi e ripieni di sangue.

Le due sostanze, corticale e midollare, sono bene distinte l'una dall'altra. La zona glomerulare è più estesa del consueto; le sue cellule sono grosse ed il protoplasma manca di vacuoli. Nella zona fascicolata, la trasformazione spongiocitaria è notevole, e la sua estensione è maggiore del consueto. Identico aspetto presentano le cellule della reticolata.

Aumentata di spessore la sostanza midollare; le sue cellule sono grosse, a limiti netti, con protoplasma ricco di sostanza cromaffine.

Testicoli. — I tubuli seminiferi si distinguono bene l'uno dall'altro; i loro calibro è normale. Qualcuno di essi appare però con pareti sfiancate

Le cellule ghiandolari sono sovrapposte in più strati e le spermatocellule appaiono in istato di riposo. Le cellule interstiziali sono scarse e piccole. Lo stroma connettivo è piuttosto abbondante; i *septula testis* sono, in maggioranza, grossi e compatti.

Cane *f.* N. 5.

Gli esperimenti furono iniziati nella età adulta. Le vennero somministrati quotidianamente 4 gr. *pro kilo* di alcool etilico.

La cagna morì dopo poche settimane con fenomeni di paresi del treno posteriore, tremori, e notevole dimagrimento.

Ipofisi. — La ghiandola è in istato di notevole attività. La *pars cromofila* occupa quasi tutta la ghiandola. I setti fibrosi sono delicati: i vasi sanguigni non presentano alterazioni degne di nota; ma la irrorazione è abbondante. Le cellule, grosse, intensamente colorate, ricche di vacuoli, sono riunite in accumuli ed in grossi cordoni. Buona quantità di colloide.

Tiroide. — Si vede subito che la ghiandola è assai attivamente funzionante. Le vescicole sono di dimensione variabile, ma prevalgono quelle grosse; l'epitelio è formato di elementi grandi, intensamente colorati, bene ordinati, a nucleo grosso. La ghiandola è ricca di colloide omogeneo. La vascolarizzazione è abbondante. Non si vedono fatti di desquamazione epiteliale. I setti connettivi sono delicati e sottili.

C. Surrenali. — Le capsule surrenali appaiono aumentate di volume; le due sostanze, corticale e midollare, sono in istato di manifesta iperfunzione, caratterizzata da aumento di spessore dei due strati, da iperplasia cellulare da notevole ricchezza di spongiociti. L'involucro fibroso e lo stroma connettivo non presentano nulla degno di rilievo.

Ovaio. — Benchè il fissaggio dei pezzi lasci alquanto a desiderare (metodo Benda), purtuttavia, si può affermare che i follicoli di *Graaf* sono numerosi ed in varii stadi di sviluppo.

Coi preparati *Galeotti* si scorgono in grande copia gli elementi cromaffini. Numerosi nidi di tali elementi, tutti intensamente colorati, a contorni bene definiti, grossi, circondati da una teca connettivale di rivestimento comune a tutto il deposito si trovano nella sostanza midollare, nella quale ve ne sono anche isolatamente sparsi in numero copioso.

Cane *m.* N. 6.

Cane adulto. Gli venne somministrato per un periodo di circa 4 mesi vino naturale al 10 % nella quantità di grammi 20 *pro kilo e pro die* (pari a gr. 2 di alcool etilico); quindi per altri 4 mesi la dose del vino fu elevata

a 30 gr. *pro kilo e pro die;* per un periodo di altri 4 mesi, il vino somministrato fu di gr. 35 *pro kilo.* Finalmente per altri 4 mesi la dose quotidiana venne portata a gr. 40 *pro kilo.*

Il cane dopo un quarto d'ora dall'ingestione delle bevande suddette diveniva irrequieto, eccitato. Questo periodo era seguito da uno stato di rilasciamento muscolare, da atassia, da sonnolenza. Questo stato permaneva per qualche ora, poi a poco a poco il cane tornava nelle condizioni ordinarie non senza essere passato attraverso un periodo di irrequietezza e di lamento.

Il cane fu sacrificato nel maggio 1908.

Ipofisi. — La ghiandola non si presenta di aspetto identico per tutta la sua estensione. Vi sono gruppi di cordoni cellulari attivamente funzionanti, frammisti ad altri in fase di riposo. Abbiamo quindi grosse e numerosissime cellule cromofile, ricche di vacuoli, riunite in grossi accumuli e cordoni, contenenti nel loro spazio sostanza colloide. Si scorgono anche accumuli e cordoni costituiti intieramente da cellule cromofobe; come pure si notano isole, sulle quali il tessuto parenchimale è poco compatto, i cordoni hanno perduta la loro individualità, perchè le cellule, tutte cromofobe, sono isolate, alcune delle quali anche in via di regressione.

In scarse e piccole isole il tessuto ghiandolare è scomparso ed è sostituito da piccoli focolai di tessuto sclerotico.

Questa ipofisi dunque è in grande parte iperfunzionante; in parte minore ipofunzionante, ed in piccolissima parte è in via di sclerosi.

Tiroide. - In questo organo si trovano tutti gli stadii: quello di attività; quello che possiamo dire di riposo e quello che si avvicina alla sclerosi dell'organo.

Infatti si scorgono alcune isole di tessuto ghiandolare quasi sclerotico; in esse il tessuto connettivo è notevolmente aumentato, i cordoni sono piccolissimi, le cellule pallide iu via di disgregazione e piccole.

In notevole quantità abbiamo vescicole di grande dimensione, sprovviste di colloide; l'epitelio che le tappezza è formato di cellule pallide, con nucleo quasi scomparso; notevole è la desquamazione epiteliale di esse.

Difettano le cellule voluminose, intensamente colorate. I vasi sono grossi; lo stroma connettivo è sottile.

Sono in grande maggioranza le isole di tessuto ghiandolare attivamente funzionante. Esso presenta i soliti caratteri: cellule epiteliali grosse, inten-

samente colorate, bene ordinate, munite di grosso nucleo; masse colloidali omogenee e ben colorate; ricca vascolarizzazione; stroma connettivo delicato, vescicole di tutte le dimensioni, ricche di colloide.

C. Surrenali. — Involucro fibroso aumentato di spessore. Lo stroma connettivo, e le sue trabecole, formato di setti più ispessiti e più compatti del normale. I vasi non presentano nulla di patologico.

La zona glomerulare della s. corticale appare atrofica; le cellule sono quasi completamente scomparse; le superstiti sono piccolissime. Le cellule che compongono la zona fascicolata si comportano in vario modo nei loro strati.

Gli strati superficiali, quelli cioè più prossimi alla zona glomerulare sono costituiti di cellule a dimensioni inferiori a quelle normali, fornite di nucleo piccolo e poco visibile. Non si nota trasformazione spongiocitaria cellulare; qualche cellula isolata presenta dei vacuoli piccoli e poco numerosi. Il protoplasma cellulare è, in massima parte, omogeneo. Gli strati più profondi della zona fascicolata e quelli più prossimi alla zona reticolare hanno un aspetto del tutto diverso ed antagonistico. Quivi le cellule sono evidentemente in istato di attività: gli elementi sono voluminosi; il nucleo è grosso; la trasformazione spongiocitaria è bene avanzata.

La zona reticolare è poi ricchissima di cellule in vera trasformazione spongiocitaria; sono grosse, il loro nucleo è molto colorato; i capillari sono grossi e ripieni di sangue.

La sostanza midollare d'altro canto si presenta colle trabecole ingrossate, con cellule a limiti abbastanza netti, con protoplasma ricco di sostanza cromaffine, con nucleo ricacciato verso il polo della cellula.

Testicoli. — Stroma connettivo piuttosto abbondante, ma non dovunque alla stessa guisa.

I tubuli seminiferi sono bene distinti l'uno dall'altro, ma ridotti alquanto di volume. Le cellule dell'epitelio di rivestimento dei canalicoli sono sovrapposte in più strati; le spermatocellule appaiono, nella loro grande maggioranza, in istato di riposo.

I *septula testis*, in qualche territorio ghiandolare, sono grossi e assai compatti.

Scarsissime sono le cellule granulose interstiziali, il cui protoplasma sembra quasi ridotto omogeneo, mentre il nucleo è pallido.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Ipofisi.

All' infuori di *Schmiergeld* non so che altri abbiano ricercata, sulla ipofisi, l' azione dell' alcool, introdotto per lungo tempo nell' organismo.

Questo autore nel 1909 ha studiata la pituitaria in due casi di alcoolismo cronico. Dall' esame delle due ghiandole egli trae la supposizione che l' ipofisi, sotto l' azione dell' alcool, in primo tempo si esaurisca e quindi cessi di secernere del tutto. *Schmiergeld*, per accordarsi con quegli autori, che, avendo ricercato sperimentalmente l' azione di certi tossici sulla ipofisi, avrebbero trovato che la pituitaria, negli avvelenamenti protratti e di media intensità, esagera la propria funzione, per diventare poi iperplastica, mentre nelle intossicazioni acute si avrebbero con frequenza e *d' emblèe* lesioni cellulari assai gravi, pensa che, sotto l' azione dell' alcool, l' ipofisi in primo tempo esageri la propria funzione, e che in un secondo periodo faccia seguito l' esaurimento funzionale della ghiandola.

Schmiergeld soggiunge che, mancando peculiari ricerche sperimentali che possano illuminare in proposito, e non avendo nessun autore prima di lui, esaminata la ghiandola in parola nell' alcoolismo cronico, si può pensare che l' alcool agisca in modo particolare sull' ipofisi e, a somiglianza di quanto avviene per la tossina tubercolare *(Thaon)*, l' alcool determini, in luogo di iperplasia cellulare, un esaurimento degli elementi nobili ed una proliferazione di tessuto connettivo.

Nei due soggetti, l' uno di 34, l' altro di 52 anni, affetti da psicosi alcoolica e da me l' anno scorso studiati, ho trovato che la pituitaria non presentava alcun evidente processo sclerotico e che la sua attività secretoria era aumentata. Il primo dei due soggetti morì di collasso, dopo violenta agitazione; il secondo cessò di vivere in istato epilettico.

È bene notare che i due pazienti in vita abusavano di bevande alcooliche da un numero non eccessivo di anni.

I resultati di queste mie ricerche sperimentali mi fanno, almeno in via provvisoria, accettare le idee dallo *Schmiergeld* espresse, e pensare che, a somiglianza della tossina tubercolare, la intossicazione alcoolica protratta, più che alla iperplasia cellulare, conduce all'esaurimento del parenchima ipofisario ed alla proliferazione del tessuto connettivo.

La ipofisi dunque sotto l'azione dell'alcool reagisce al veleno aumentando la propria attività secernente, per passare poi, attraverso uno stato di riposo funzionale, qualora la causa tossica non cessi, all'ipertrofia del tessuto connettivo e quindi alla sclerosi dell'organo.

Si può ancora concludere che l'ipofisi è sensibile alla intossicazione alcoolica (cani N. 1, 2, 5), pur dimostrando un notevole indice di resistenza quando si pensi che solamente nel cane N. 3 (intossicato giornalmente con 2 gr. di alcool etilico pro chilo e diluito in 40 gr. di acqua) morto con gravi fenomeni paralitici cinque mesi dopo l'inizio degli esperimenti, apparirono lievissime modificazioni (aumento di tessuto connettivo, scarsezza di colloide); che nel cane N. 4 (intossicato con 2 gr. di alcool etilico *pro kilo* e *pro die* diluito in 80 gr. di acqua) morto dopo 7 mesi di esperimento, le modificazioni strutturali della ipofisi erano sempre lievi, benchè alquanto più intense di quelle trovate nel cane N. 3. Alla scarsezza del colloide infatti ed alla ipertrofia dei setti connettivali si era aggiunta la comparsa di isole di tessuto ghiandolare con gruppi di cellule in istato di riposo; e che finalmente nel cane N. 6 (avvelenato per 16 mesi consecutivi con 20, 30, 35 e 40 gr. *pro kilo* e *pro die* di vino al 10 per cento di alcool) la ipofisi presentava isole di tessuto ghiandolare in istato evidente di riposo, ed isole di tessuto ghiandolare sclerosato.

Nei cani dunque la intossicazione alcoolica non dà origine a lesioni caratteristiche nè specifiche e le alterazioni rilevate di-

pendono più dalla durata della intossicazione che dalla qualità e dal grado della tossicità del veleno alcoolico.

Appare quindi assai probabile che all'elemento « tempo » si debba dare molta importanza nelle alterazioni funzionali della pituitaria in rapporto alla intossicazione alcoolica, e che a questo elemento si debbano in gran parte, le diverse manifestazioni istologiche riscontrate nei pochi casi di alcoolismo cronico fin qui esaminati da *Schmiergeld* e da me.

Tiroide.

Le ricerche di un autore svizzero, il *De Quervain*, nel 1905 vengono a concludere che l'alcoolismo cronico è capace di provocare nella ghiandola tiroide delle lesioni nettamente caratterizzate, tali da modificare in maniera notevole la funzione dell'organo. Come si sa questo *A.* ha trovato, in otto casi su dieci: intensa desquamazione epiteliale della parete vescicolare, la degenerazione dei suoi elementi ed il contenuto in iodio inferiore alla norma; diminuzione grave fino a totale scomparsa della sostanza colloide, che aveva assunto un aspetto granuloso ed una colorazione diversa da quella normale, inquantochè detta sostanza si colorava coll'emateina in luogo che colla eosina.

Schmiergeld, nel 1909, non dà alcuna importanza alle granulazioni ed alle modificazioni tintoriali della sostanza colloide (che sospetta siano artificiose e dipendenti dai liquidi fissatori o coloranti).

Per lui, nei suoi due casi di alcoolismo cronico, era evidente il disturbo funzionale della ghiandola tiroide: in un caso l'organo in parola presentava fatti di sclerosi intensa, nell'altro gli alveoli erano singolarmente dilatati e pieni di colloide, stato questo dall'*A.* interpretato come la conseguenza di un ristagno della sostanza colloide.

L'*A.* pensa che allo stadio di esaurimento, preceda, nell'alcoolismo, uno stadio di esagerata attività funzionale della tiroide.

Come si sa prima di lui *Amaldi* (in 2 casi su 4) nel 1897, *Perrin de la Touche et Dide* nel 1904 in due casi di alcoolismo cronico avevano trovata lesa la ghiandola tiroide. Le lesioni erano quelle proprie della sclerosi.

Io, in tre casi analoghi (1910), ho rilevato i segni di un processo sclerotico iniziale.

Nello stesso anno, e quasi contemporaneamente a me, *Zalla* ha esaminata la ghiandola tiroide in sei casi tipici di alcoolismo cronico, nei quali aveva prima eseguite tutte le ricerche, compreso lo studio microscopico della corteccia cerebrale, atte a rendere sicura la diagnosi e ad escludere la esistenza di qualche altra forma morbosa, che potesse dare una sintomatologia clinica simile a quella dell' alcoolismo.

La struttura della tiroide appariva in tutti i casi piuttosto uniforme, con deviazioni dalla norma non sempre molto accentuate, ma abbastanza caratteristiche, essendo i fatti precipui rappresentati dalla notevole dilatazione dei follicoli, dalla abbondanza della sostanza colloide, dalla relativa scarsità del tessuto connettivo e dall' assenza quasi completa della desquamazione epiteliale.

Sul significato di questo aspetto morfologico della ghiandola tiroide in rapporto con le condizioni di funzionalità dell' organo, *Zalla*, contrariamente allo *Schmiergeld*, pensa di avere a che fare con organi attivamente funzionanti. Però non si pronunzia tassativamente in proposito. Egli del resto non esclude, anzi lo crede probabile, che al periodo di attiva funzionalità tiroidea possa seguire, negli alcoolisti, uno stato di più o meno accentuato esaurimento.

Zalla viene poi alla conclusione che non si può parlare, anche a proposito dell' alcoolismo cronico, di alterazioni caratteristiche e tanto meno di alterazioni specifiche della ghiandola tiroide; come pure, per conciliare i reperti dei due casi di *De Quervain* e del primo caso di *Schmiergeld* (nei quali esistevano grave sclerosi e profonde alterazioni del parenchima della tiroide) coi suoi (escludendo come criterio male apprezzabile, la

intossicazione più grave) reputa probabile che anche la tiroide, a somiglianza di altri organi e sistemi, sia nei varii individui diversamente sensibile alla intossicazione alcoolica, potendo reagire di fronte a questa sia con un più o meno durevole ed accentuato esaltamento della attività funzionale, sia con una depressione, preceduta o no da uno stadio di iperattività. Ma a tale proposito, lo *Zalla,* assai prudentemente, ritiene di non potere giungere a nessuna solida conclusione, essendo la questione assai complessa e molteplici le incognite

Dalla analisi dei nostri casi non possiamo trarre nessuna conseguenza sintetica che possa servire a diradare l' oscurità dell' argomento: si può solamente associarsi alle conclusioni di *Zalla* che, cioè, nell' alcoolismo cronico non è il caso di parlare di alterazioni caratteristiche e tanto meno di alterazioni specifiche della ghiandola tiroide; che la ghiandola tiroide è molto sensibile al veleno alcoolico; che le alterazioni tiroidee, più che dal grado e dalla qualità tossica dell' alcool, dipendono dalla durata dell' intossicazione. Nei cani infatti N. 1, 2 e 5, intossicati con alcool metilico ed etilico, nei quali la morte avvenne fra i 38 ed i 60 giorni, il parenchima ghiandolare era in istato di notevole attività funzionale; nel cane N. 6 invece, mantenuto in vita per oltre 16 mesi (intossicato con vino a diverso grado di alcoolicità) ho potuto rilevare l' inizio della sclerosi dell' organo, determinata appunto da zolle nelle quali il parenchima era scomparso ed era stato sostituito da tessuto connettivo.

Nel cane N. 3, avvelenato con alcool etilico e morto dopo 5 mesi, la ghiandola tiroide era attivamente funzionante; però si notavano qua e là i segni di prossimo esaurimento funzionale; mentre nel cane N. 4, sopravvissuto all' intossicamento per più di sette mesi, si notavano fatti di desquamazione dell' epitelio, vescicole distese e ricolme di colloide omogeneo e poco colorato.

I nostri resultati confermano quindi la ipotesi dello *Schmiergeld* che cioè, di fronte alla intossicazione alcoolica cronica la ghiandola in parola reagisca, ottenendo in primo tempo uno stato di iperattività funzionale, in secondo periodo lo stato di

riposo o di esaurimento, per giungere infine, aggiungo io, e dopo lungo tempo, allo stadio di sclerosi dell' organo.

I miei risultati, pare a me, possono dimostrare che i reperti diversi rilevati nelle tiroidi degli alcoolizzati cronici dagli autori che mi hanno preceduto (*De Quervain - Schmiergeld - Zalla*) debbano dipendere non solo dal concetto espresso da *Zalla* che la tiroide sia nei diversi individui variamente sensibile alle tossine alcooliche, potendo reagire di fronte a queste sia con un più o meno durevole ed eccentuato esaltamento dell' attività funzionale, sia con una depressione preceduta o no da uno stadio di iperattività, ma benanche, e specialmente, dal grado di intossicazione alcoolica, determinata dal tempo in cui questa ha perdurato.

Capsule surrenali.

All' anno 1889 si debbono fare risalire i primi studii sulle modificazioni morfologiche delle capsule surrenali nelle infezioni ed intossicazioni sperimentali od umane.

Dapprima *Behring*, poi *Roux* e *Jersin*, nella intossicazione sperimentale difterica della cavia, trovarono iperemia intensa di queste ghiandole.

Seguirono quindi le ricerche di *Bignami*, di *Charrin* e *Langlois*, *di Roger*, di *Pettit*, di *Wybbaw*, di *Oppenheim* e *Loeper*, di *Padoa*, di *Tiberti*, *Federici*, di *Bernard* e *Bigard*, di *Gouget*, di *Castaigne*, di *Baduel* e di altri, ricerche che io non credo qui opportuno di riferire. Basti ricordare che i più dai resultati delle loro ricerche sulle modificazioni morfologiche delle capsule nelle intossicazioni e infezioni sperimentali, vennero alla conclusione che, mentre nelle infezioni ed intossicazioni decorrenti acutamente e rapidamente mortali, le capsule presentano alterazioni regressive più o meno gravi, nelle intossicazioni a decorso cronico, si hanno invece quasi costantemente e indipendentemente dalla natura del veleno, modificazioni progressive delle capsule, cioè fatti di iperplasia e di iperattività secretrice;

iperplasia che riguarda, quasi sempre, solo o principalmente, la corticale e non la midollare. Anzi quest' ultima sembra che nei processi tossici od infettivi sia acuti che cronici, presenti in generale segni di diminuita o abolita attività secretoria.

Delle ricerche sperimentali di un solo autore dirò singolarmente, perchè esse interessano molto davvicino l' argomento trattato in questa nota.

Nel 1907 *Aubertin* ha riferito alla *Societè de Biologie* i resultati delle sue esperienze sulle modificazioni determinate nelle capsule surrenali, dalla intossicazione cronica da assenzio.

Egli ha trovato queste ghiandole aumentate di volume con manifesti segni di iperattività funzionale di ambedue le sostanze, corticale e midollare, caratterizzata da aumento di spessore di esse, da manifesta iperplasia cellulare, da trasformazione spongiocitaria e da iperpigmentazione della ghiandola ecc.

Questo *A*. avverte che la reazione delle capsule surrenali alla intossicazione alcoolica, diretta od indiretta, non sembra farsi coll'intermediario di alterazioni renali; inquantochè queste ultime sono nulle e così poco accentuate da escludere che la iperplasia surrenale sia conseguenza di insufficienza renale.

Schmiergeld (1909) ha potuto osservare, in un caso di alcoolismo cronico, le caratteristiche della ipofunzionalità leggera (notevole sviluppo dello strato glomerulare, scomparsa parziale dello stato spongioso della zona fascicolata, le maglie delle trabecole diradate); in un altro invece iperattività ghiandolare (trasformazione spongiocitaria delle cellule dello strato glomerulare) insieme con segni di ipofunzionalità (sostanza corticale, complessivamente considerata, piuttosto atrofica, porzione esterna della zona fascicolata contenente cellule a protoplasma omogeneo, e poca ricchezza di grasso negli stessi spongiociti).

Schmiergeld quindi suppone che, sotto l' influenza della intossicazione alcoolica, le capsule surrenali funzionino esageratamente, e che, dopo un certo tempo, esse finiscano per esaurirsi.

Nei tre casi di psicosi alcoolica da me esaminati nel 1910, in uno, morto per collasso dopo violenta agitazione psicomo-

toria, tutta la ghiandola era in evidente stato di riposo e profondamente anemica; nel secondo si rilevava l' inizio di sclerosi pericapsulare con scarsa attività funzionale; nell' ultimo le capsule erano ben funzionanti: esisteva appena un lieve grado di sclerosi pericapsulare.

Nei cani 1, 2, 3 e 5, intossicati coll' alcool metilico e etilico, morti fra i 38 giorni ed i 5 mesi dall' inizio degli esperimenti, le capsule surrenali hanno presentato i segni istologici della iperattività, tanto per quanto riguarda la s. corticale quanto la s. midollare.

Anche l' esame del cane N. 4, al quale per più di 7 mesi era stata propinata, *pro kilo* e *pro die*, una dose di alcool etilico pari a gr. 2 diluito in 80 cc. di acqua ha messo in evidenza uno stato di iperattività secernente della s. corticale e della s. midollare; ma, a differenza degli altri 4 cani, l' involucro fibroso appariva aumentato di spessore, come pure più grossi del normale si presentavano, a zone, le maglie connettivali racchiudenti le cellule della sostanza corticale.

Nel cane N. 6 invece, tenuto in vita per 16 mesi, ed avvelenato giornalmente con vino, l' aspetto delle capsule surrenali, o per meglio dire della sostanza corticale, appariva notevolmente modificato. Quivi l' involucro fibroso era aumentato di spessore in maniera notevole, i setti erano più compatti e più grossi del normale, atrofica ed inattiva la zona glomerulare ed atrofici gli strati più superficiali della fascicolata, mentre all' opposto la porzione più profonda di questa zona, la zona reticolata ed infine la sostanza midollare apparivano attivamente funzionanti.

I resultati delle nostre esperienze sarebbero quindi consoni a quelli di *Bernard* e *Bigard*. Questi *A. A.* dicono:

« Lorsque l' intossication est peu profonde, les surrenales présentent les signes d' une suractivité réactionelle. Lorsque, au contraire, l' intossication est grave, les lésions cellulaires représentent le type anatomique de ce qu'on pourrait appeler « l'hypoépinephrie ».

Detti resultati sono ugualmente concordi con quelli di *Au-*

bertin; e l' aspetto delle capsule surrenali del cane N. 6 trova la sua analogia nell' uomo, nel caso secondo descritto da *Schmiergeld*. Cosicchè le conclusioni di questo autore vengono, a quanto pare, ad essere confermate anche dall' esperimento.

I nostri resultati pare invece non siano consoni con quelli dei tanti autori, cui abbiamo dapprima accennato. Questo dato di fatto dipende dalla qualità della intossicazione, dall' alcool cioè, oppure da altre ragioni? Il fatto che gli autori in parola non avevano usato l' alcool nei loro esperimenti, ma altri tossici, in unione del fatto che i nostri reperti sono analoghi con quelli di *Aubertin*, che per primo usò l' alcool, lo farebbero dubitare. A noi però non sembra lecito ancora l' affermarlo.

Le nostre ricerche ci fanno anche pensare che, indipendentemente dalla natura e dal grado di tossicità dell' alcool, le capsule surrenali reagiscono ai veleni alcoolici, entrando in esagerata funzione, che dopo un certo periodo finiscono per esaurirsi, per giungere poi, perdurando l' avvelenamento, al terzo ed ultimo stadio, rappresentato dall' atrofia e dalla sclerosi. Ci fanno ancora pensare che la sostanza corticale sia quella che maggiormente risenta l' azione dell' alcool e ne resti modificata, e che la midollare, al contrario, abbia per l' alcool un indice maggiore di resistenza.

Ghiandole sessuali.

Scarsa è la casistica sulla morfologia delle ghiandole genitali della donna e dell' uomo alcoolizzato.

Lanceraux ha notato, in una donna, atrofia delle ovaia; *Simmonds* avrebbe trovato nel 60 per cento azoospermia nell' alcoolismo cronico; *Roech* ha segnalata la diminuzione, l' atrofia medesima dei testicoli; *Kyele*, in tre casi morti per cirrosi epatica, ha trovata un' atrofia totale del parenchima testicolare, ma esclude che l' atrofia testicolare possa essere l' effetto diretto dell' alcoolismo cronico.

Cordes trovò una notevole atrofia dei testicoli, ma anch' e-

gli non ammette che tale lesione sia sempre determinata dall' alcoolismo. Il *Forel* con altri pensa che gli spermatozoi e gli ovuli dell' alcoolista vengano danneggiati, per azione blastoftorica dell' alcool, sul loro protoplasma.

Bertholet ha studiato i testicoli di 39 bevitori (in 37 di questi si doveva escludere la sifilide), ed ebbe a rilevare sclerosi del tessuto interstiziale con dilatazione dei vasi sanguigni ed alterazioni del parenchima testicolare, e cioè rimpiccolimento dei canalicoli seminiferi e scomparsa del loro lume; diminuzione di volume delle cellule spermatosonie; difficile differenziazione tra gli spermatociti e gli spermatidi, assenza di forme cariocinetiche e di spermatozoi. *Schmiergeld,* nei due casi di alcoolismo cronico già citati, ha trovato che i testicoli del primo soggetto presentavano i tubuli seminiferi strozzati da tessuto connettivo e calibro diminuito; cellule interstiziali a nucleo molto pallido, e meno numerose del consueto. Nel secondo caso: sclerosi lieve, cellule interstiziali a nucleo pallido e protoplasma sprovvisto di cristalli e di grasso.

In un caso da me studiato (1910), riguardante un individuo giovane affetto da psicosi alcoolica e morto per collasso, i testicoli erano normalmente funzionanti.

Esistono anche molte ricerche sperimentali intraprese per studiare la influenza dell' alcool sulla funzione delle ghiandole in parola.

Niosi nelle coniglie avvelenate con alcool etilico non ha trovata alcuna alterazione degna di nota. *Frisco* in coniglie intossicate con alcool metilico ebbe a riscontrare alterazioni dei follicoli di Graaf. *D' Anna,* negli organi sessuali maschili, avrebbe riscontrati fatti degenerativi, che impegnano gli spermatoblasti e gli spermatozoidi.

Todde, molto recentemente, esperimentando sui galli, è venuto, fra l' altro, alle seguenti conclusioni: l' intossicamento alcoolico acuto non nuoce all' attività funzionale delle ghiandole sessuali maschili: l' intossicazione etilica cronica, nei galli adulti, solo raramente determina un vero arresto della spermatogenesi,

in genere provoca invece un semplice rallentamento nell' attività funzionale dei testicoli, quasi uno stato di torpore dell' organo; la intossicazione etilica cronica nei galli giovani, e con gli organi della riproduzione in corso di evoluzione, solo raramente arresta lo sviluppo completo di questi organi, in qualche caso non ne modifica affatto il processo evolutivo e la consecutiva funzione, mentre più di frequente determina, come negli adulti, un torpore funzionale.

Le mie esperienze collimano con queste recenti di *Todde.* Per riepilogare: abbiamo visto che nei cani N. 1, 2 e 5, morti poche settimane dopo l'inizio della intossicazione etilica o metilica, l' attività funzionale dei testicoli e delle ovaie era rimasta integra, nè erano apparse modificate le cellule cromaffini; che nei cani N. 3, 4 e 6 all' opposto, sopravvissuti all' intossicamento rispettivamente 5, 7 e 16 mesi, si è notato un notevole rallentamento e talora anche arresto vero e proprio dell' attività funzionale dei testicoli e delle ovaie, accompagnato da notevole scarsezza delle cellule granulose cromaffini, che si presentavano inoltre piccole, con nucleo pallido e protoplasma omogeneo.

L' addensamento del tessuto connettivo, la compattezza e la spessezza dei *septula testis* il rimpiccolimento dei canalicoli seminiferi vengono anche a rendere probabile l' idea che la intossicazione alcoolica, a lungo andare, induca sclerosi degli organi sessuali maschili e femminili.

Questi resultati sperimentali non sarebbero quindi in armonia colle idee di *Lanceraux,* di *Boech,* di *Kyele,* di *Cordes,* per i quali l' atrofia dei testicoli e delle ovaie riscontrata nei loro alcoolisti non sarebbe l' effetto diretto dell' alcoolismo cronico; confermerebbero al contrario le conclusioni più recenti di *Bertholet,* le cui ricerche hanno anche il vantaggio di essere assai piú numerose di quelle degli autori sopràcitati.

Anche la secrezione endocrina degli organi sessuali maschili e femminili, analogamente ai reperti di *Schmiergeld* sull' uomo, è disturbata dall' intossicamento alcoolico cronico.

*
* *

Giunti a questo punto si può riassumere quanto siamo andati fin qui esponendo. È superfluo ricordare che quanto esporremo non ha carattere di affermazione, ma di semplici conclusioni provvisorie.

1. — L'alcool è capace di provocare modificazioni nella ipofisi, nella tiroide, nelle capsule surrenali, negli ~~organi~~ ghiandole sessuali.

2. — Essendo già stato dimostrato che le ghiandole endocrine esercitano azione antitossica sull'organismo si potrebbe supporre che la ragione della minore resistenza degli alcoolisti contro le infezioni e le intossicazioni possa appunto dipendere dal fatto che l'alcool agisce sulle ghiandole endocrine, danneggiandone la funzione.

3. — Le alterazioni riscontrate non possono ritenersi come caratteristiche e tanto meno specifiche dell'alcoolismo cronico.

4. — La struttura delle ghiandole endocrine suddette appariva in tutti i casi uniforme per quanto riguarda la deviazione dalla normalità.

5. — La ipofisi, la tiroide e le capsule surrenali reagiscono alla intossicazione alcoolica in modo costante; e gli aspetti morfologici diversi sono in istretta relazione colla durata della intossicazione; mentre, a quanto pare, la qualità e la tossicità dell'alcool hanno una assai minore importanza.

6. — La ipofisi, la tiroide e le capsule surrenali, sotto l'azione dell'alcool, reagiscono al veleno aumentando la loro attività secernente, per passare poi, qualora la causa tossica perduri, attraverso uno stato di riposo funzionale, alla ipertrofia del tessuto connettivo e quindi alla sclerosi dell'organo.

7. — Nelle capsule surrenali la sostanza corticale è quella che maggiormente risente l'azione dell'alcool e ne resta modificata, mentre la midollare, al contrario, ha per l'alcool un indice di maggiore resistenza.

8. — Le nostre ricerche fanno supporre che la intossicazione alcoolica cronica non determini un vero arresto della

spermatogenesi; ma che, in via generale, provochi invece un semplice rallentamento dell' attività funzionale dei testicoli. Fanno anche supporre che la intossicazione alcoolica, a lungo andare, induce sclerosi degli organi sessuali maschili e femminili.

9. — La intossicazione alcoolica cronica disturba la funzionalità endocrina delle ovaie e dei testicoli.

Perugia, Ottobre 1911.

BIBLIOGRAFIA.

AMALDI — La ghiandola tiroide negli alienati — *Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. 23, 1897.*

AUBERTIN — *C. R. Soc. de Biol. 27 juillet, 1907.*

AGOSTINI — Sull'azione fisiopatologica del vino, dell'alcool etilico e degli alcool superiori. — *Ann. del Man. Prov. di Perugia ecc. 1911.*

BERTHOLET — *cit. da Todde, loc. cit.*

BADUEL — Sopra l'azione dell'adrenalina e degli estratti di capsule surrenali — *Vallardi Ediz. 1904* — *Clinica med. ital. N. 7, 1906* — *Congresso di medic. int. di Roma, 1907-1908.*

BERNARD ET BIGART — *Iournal de pathol. et phys. Gennaio 1902.*

BIGNAMI — *Bollett. R. Accad. med. di Roma 1890-1891.*

BEHRING — *cit. da Pende, op. cit.*

CHARRIN ET LANGLOIS — *C. R. Soc. de Biologie 1892-1896.*

CASTAIGNE — Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales, Di *Debove pag. 218.*

CORDES — Untersuschungen über den Einfluss akuter u. chronischer allgem. Krankungen auf die Testikel ecc. Bd. 151, S. 402-428.

D'ANNA — L' avvelenamento acuto e cronico da alcool. — *Tip. Marsala, Palermo 1903.*

DE QUERVAIN — De l' influence de l' alcoolisme sur la glande thyroïde — *La Semaine médicale 1905, N. 44.*

FRISCO — Le infezioni e le intossicazioni nell'organismo animale in rapporto con la patogenesi e con la ereditarietà delle neuropatie — Ricerche sperim. e anatomopat — *Palermo Tip. Priulla, 1905.* — Seconda comunicazione — Palermo, *Tip. Bondi, 1909.*

FOREL — La questione sessuale esposta alle persone colte. — *Fratelli Bocca, Torino 1907.*

FEDERICI — *cit. da Pende loc. cit.*

GOUGET — *cit. da Pende.*

GARBINI — Le ghiandole a secrezione interna nelle malattie mentaii — *Ann. del Manicomio Prov. di Perugia, 1910.*

KYELE — *cit. da Todde, loc. cit.*

LANCERAUX — *cit. da Todde, loc. cit.*

NIOSI — L'ovaio, l'utero, la tromba di Falloppio negli avvelenamenti da arsenico, mercurio, alcool — *Ann. di Ostetricia e di Ginecologia, Giugno 1905.*

OPPENHEIM E LOEPER — *cit da Pende, loc. cit.*

PERRIN DE LA TOUCHE ET DIDE — Contribution á l'étude anatomopathol. des thyroidites chroniques — *Archiv. de Médicine experim. et d'Anat. path., Vol. 16, 1904.*

PENDE — Patologia dell'apparecchio surrenale e degli organi parasimpatici. *Soc. Editr. libr. 1909.*

PETTIT — Recherches sur les capsules surrénales — *Thèse de Paris 1896.*

PADOA — *Riv. crit. di clin. med. 1906.*

ROUX E JERSIN — *cit. da Pende, loc. cit.*

ROGER — *C. R. Soc. de Biol. 1894.*

ROECH — *cit. da Todde, loc. cit.*

SIMMONDS — *cit. da Todde, loc. cit.*

SCHMIERGELD — Lésions des glandes a sécrétion interne dans deux cas d'alcoolisme chronique. *Archiv. de Médec. expérim. et d'anat. pathol., Ianvier, 1909, pag. 75.*

THAON -- *cit. da Schmiergeld, loc. cìt.*

TIBERTI — *cit. da Pende, loc. cit.*

TODDE — L'azione dell'alcool sullo sviluppo e sulla funzione dei testicoli — *Riv. Sper. di Freniatria 1910, Fasc. III.*

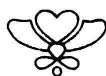
WYBAUW — Ètude des capsules surrénales dans les maladies infectieuses experimentales — *Bruxelles, 1897.*

ZALLA — L'anatomia patologica della ghiandola tiroide nell'epilessia, nell'alcoolìsmo cronico e nella demenza precoce, *Riv. di patol. nerv. e ment. 1910, Fasc. 12.*

MANICOMIO DI S. CLEMENTE IN VENEZIA
(Direttore: Dott. G. B. COLBACCHINI)

RICERCHE
SULLA
COLORAZIONE VITALE
DEL
SANGUE DEGLI ALIENATI

PEL
Dott. GIACINTO FORNACA
MEDICO DI SEZIONE



Le ricerche sulla colorazione vitale del sangue sono state fatte per la più parte da osservatori Italiani.

Ito, Rosin e *Bibergell* (1), *Levaditi* avevano già proposto dei metodi più o meno pratici per quello studio, quando, nel 1906, *Cesaris-Demel* (2) riferiva, alla R. Accademia Medica di Torino, su alcune alterazioni degenerative dei leucociti da lui rilevate mediante una sua speciale colorazione a fresco del sangue. Il *Cesaris-Demel* aveva osservato nel protoplasma di leucociti di animali, nei quali aveva determinato infezioni diverse, la comparsa di piccolissime goccioline di grasso aventi una speciale affinità pel Sudan III. Egli chiamava per ciò il leucocita portatore di grasso « sudanofilo » e asseriva che il fatto era dovuto ad una degenerazione grassa dei leucociti, preceduta o no da degenerazione albuminoidea e dipendente dalla tossiemia.

Nessuno, fin' ora, ad eccezione del *Graziani* che vi fa un breve accenno in un suo recente lavoro, ha studiato la colorazione vitale del sangue dei malati di mente. Data l' importanza che i veleni (d' origine interna ed esterna) circolanti nel sangue hanno in generale nella genesi della pazzia, e poichè il sopraffaticamento, l' insonnia, l' esaurimento, le cattive digestioni, il digiuno ecc. (tanto frequenti negli alienati) determinano modificazioni della crasi sanguigna, mi è parso interessante indagare, mediante la colorazione a fresco del sangue, quali alterazioni subivano i suoi elementi nelle malattie mentali.

Prima di riferire l' esito delle mie ricerche è bene che rias-

Le ricerche sulla colorazione vitale del sangue sono state fatte per la più parte da osservatori Italiani.

Ito, Rosin e *Bibergell* (1), *Levaditi* avevano già proposto dei metodi più o meno pratici per quello studio, quando, nel 1906, *Cesaris-Demel* (2) riferiva, alla R. Accademia Medica di Torino, su alcune alterazioni degenerative dei leucociti da lui rilevate mediante una sua speciale colorazione a fresco del sangue. Il *Cesaris-Demel* aveva osservato nel protoplasma di leucociti di animali, nei quali aveva determinato infezioni diverse, la comparsa di piccolissime goccioline di grasso aventi una speciale affinità pel Sudan III. Egli chiamava per ciò il leucocita portatore di grasso « sudanofilo » e asseriva che il fatto era dovuto ad una degenerazione grassa dei leucociti, preceduta o no da degenerazione albuminoidea e dipendente dalla tossiemia.

Nessuno, fin' ora, ad eccezione del *Graziani* che vi fa un breve accenno in un suo recente lavoro, ha studiato la colorazione vitale del sangue dei malati di mente. Data l' importanza che i veleni (d' origine interna ed esterna) circolanti nel sangue hanno in generale nella genesi della pazzia, e poichè il sopraffaticamento, l' insonnia, l' esaurimento, le cattive digestioni, il digiuno ecc. (tanto frequenti negli alienati) determinano modificazioni della crasi sanguigna, mi è parso interessante indagare, mediante la colorazione a fresco del sangue, quali alterazioni subivano i suoi elementi nelle malattie mentali.

Prima di riferire l' esito delle mie ricerche è bene che rias-

suma molto succintamente le osservazioni che sui leucociti portatori di granulazioni sudanofile hanno fatto i diversi studiosi nell' individuo normale, nelle malattie nervose, nelle tossiemie, negli avvelenamenti, nelle infezioni.

De Marchis (3), *Quarelli* e *Buttino* (4), *Jousset* e *Troisier* (5), *Facchini* e *Milani* (6), *D'Amore* (7), *Lucibelli* e *De Leo* (8), nell' uomo sano e nel sangue normale hanno trovato sudanofili più o meno numerosi a seconda dell' ora delle osservazioni, della distanza maggiore o minore dai pasti, della qualità e quantità di questi, dell' età del soggetto ecc. Le granulazioni per lo più sono piccole, uguali, non molto splendenti, sparse uniformemente nell' interno dei leucociti.

Nella meningite cerebro-spinale, *Micheli* (9) ha trovato una percentuale di sudanofili dal 50-80 per cento e *Comessatti* (10) ne ha rinvenuto il 35 °|₀ al principio, il 75 °/₀ nell' acme e il 50 °|₀ e anche meno nel regredire della malattia.

Parecchi degli Autori citati e il *Carletti* (11) hanno studiato i sudanofili nel sangue dei tubercolosi ed hanno avuto reperto costantemente positivo con una percentuale maggiore nelle forme febbrili di tubercolosi.

Nelle infezioni e nelle infiammazioni con esito in suppurazione i sudanofili sono stati rinvenuti molto numerosi e le loro granulazioni per lo più sono state trovate grosse, distribuite irregolarmente nella massa protoplasmatica leucocitaria, ineguali, splendenti.

Negli avvelenamenti per arsenico e antimonio, *Biondi* e *Galassi* (12) hanno trovato leucociti sudanofili fino al 15 °|₀; *Benini* (13) in avvelenamenti per tossine difteriche ha trovato i sudanofili fino al 60 °|₀.

Riassumendo, nel sangue normale, mediante la colorazione a fresco, si rinvengono leucociti portatori di grasso la cui quantità è in rapporto specialmente coll' età dell' individuo e cogli alimenti che costituiscono il suo vitto; nelle malattie infet-

tive, nelle suppurazioni, nelle tossiemie, negli avvelenamenti, il numero dei sudanofili aumenta costantemente sì da costituire un criterio diagnostico importante.

Riguardo alla tecnica, nelle mie ricerche mi son giovato delle indicazioni proposte dal *Cesaris-Demel* (loro citato) e delle modificazioni consigliate dal *Lucibelli* e *De Leo* (loco citato).

Preparate le due soluzioni seguenti:

a) Alcool assoluto gr. 10; Sudan III. ctgr. 4;

b) Alcool assoluto gr. 10; Brillantcresylblau ctgr. 2

e mescolatele insieme, alla temperatura normale dell'ambiente, distendevo un sottile strato di colore sul vetrino porta oggetti. Per far ciò, dopo molte prove, visto che con straordinaria difficoltà riuscivo ad ottenere una patina sottile ed uniforme di colore sul vetrino, invece di adoperare una bacchettina di vetro come consigliano i due autori sopra citati, ponevo una grossa goccia di soluzione su di un portaoggetti, la ricoprivo con un altro portaoggetti, e, per strisciamento, ottenevo lo strato uniforme di colore necessario all'esame. In questo modo avevo anche il vantaggio di aver pronti due vetrini anzichè uno solo. Evaporato l'alcool, sul portaoggetti preparato col colore ponevo un coprioggetti sulla cui faccia inferiore avevo raccolto una gocciolina del sangue da esaminare: premendo leggermente col dorso dell'unghia sul coprioggetti ottenevo la distensione omogenea del sangue. Dopo 10-15 minuti primi facevo l'osservazione del preparato con l'obbiettivo ad immersione. I preparati servono 20-30 minuti poi, per la morte degli elementi, non servono più. L'unico inconveniente che ho riscontrato e che non sono riuscito ad evitare, è la precipitazione del Sudan III. in cristalli aghiformi i quali qualche volta sono così abbondanti da impedire la lettura del preparato: in tal caso naturalmente bisogna ritentare la prova.

Nelle osservazioni ho tenuto conto dell' età del soggetto essendo provato che i sudanofili sono meno numerosi nei giovani e divengono più numerosi negli adulti e nei vecchi.

Gli esami sono stati fatti tutti presso a poco alla stessa ora, o alle 11 o alle 16: e ciò perchè è risaputo che in generale dopo il pasto si ha leucocitosi e che a digiuno il sangue presenta qualità particolari che non mostra in altre condizioni; in tal modo le ammalate erano nelle medesime condizioni di esame. Siccome l' ingestione di certe sostanze porta modificazioni speciali nei componenti figurati del sangue, ed i grassi hanno un' azione spiccatamente sudanofila, ho cercato che a tutte le malate in esame venisse somministrato il medesimo pasto confezionato colla minor quantità di grasso possibile.

Le inferme di cui ho studiato il comportarsi dei sudanofili, prima d' esser sottoposte all' esame, sono state da me accuratamente visitate onde accertarmi che esse non erano fisicamente ammalate e che in particolar modo non avevano nè foruncoli nè suppurazioni, nè presentavano segni di tubercolosi nè elmintiasi.

Nella lettura dei preparati ha tenuto conto:

a) dei leucociti normali e del loro numero;

b) del numero dei leucociti sudanofili;

c) della loro forma, della quantità dei loro granuli, della grossezza di questi, del modo come sono disposti nel leucocita, del loro colore, del loro comportarsi rispetto al nucleo;

d) del modo come si colorano il protoplasma ed il nucleo od i nuclei nei leucociti normali ed in quelli sudanofili;

e) dei granuli metacromatici *(Comessatti);*

f) del globuli rossi, del loro numero, colore, modo di aggrupparsi;

g) delle piastrine.

In ultimo ho voluto indagare il modo di comportarsi dei sudanofili in malate di mente inferme anche fisicamente (2 pleu-

riti, 1 polmonite, 1 tifo, 3 tubercolosi, 3 enteriti), in malate di mente con suppurazioni (1 patereccio, 1 ascesso di una natica, 1 fistola tubercolare), durante i periodi mestruali, dopo l'ingestione di un vitto contenente molti grassi (olio di olive e burro).

Le mie ricerche sono state fatte sul sangue di 54 alienate del nostro Manicomio affette da forme diverse di malattie mentali, e cioè:

1) *Alcoolismo* . . . . (casi 2)
2) *Pellagra* . . . . (» 2)
   a) Depressione
   b) Cachessia
3) *Demenza precoce* . . . . (» 20)
   a) Ebefrenica { inizio / demenza
   b) Catatonica { stupore / eccitamento
   c) Paranoide { inizio / demenza
4) *Epilessia* . . . . (» 6)
   a) durante un attacco
   b) dopo » »
   c) fra due attacchi
5) *Idiozia* . . . . (» 3)
6) *Imbecillità* . . . . (» 4)
   a) lieve
   b) grave
7) *Frenosi maniaco-depressiva* . . . . . . (» 6)
   a) stato d'agitazione psico-motoria { leggiera / grave
   b) » di calma (periodo intervallare)

c) » di depressione { leggiera / grave }

8) *Paralisi progressiva* . . . . (» 4)

a) stato iniziale { calma / agitazione }

b) » confermato

c) demenza

9) *Demenza senile* . . . . (» 7)

a) inizio

b) marasma

Come in tutte le ricerche di questo genere non si può tener conto delle alterazioni riscontrate caso per caso ma bisogna formulare un criterio dall' esame complessivo di più inferme. Per questa ragione io riferirò solo le alterazioni più salienti riscontrate su ogni gruppo di malate affette dalla medesima forma morbosa.

1) Alcoolismo.

Lieve leucocitosi: l' aumento riguarda specialmente i mononucleati; i globuli rossi sono normali; aumentate le piastrine.

I sudanofili sono nelle proporzioni del 4 °|₀ circa. Le goccioline di grasso sono grosse, splendenti e riempiono tutto il leucocita il cui nucleo talora è spostato di lato.

Nei rari polinucleati si riscontrano dei blocchetti metacromatici in scarso numero. I nuclei in generale sono bene colorati, i protoplasmi sono colorati in bleu pallido.

2) Pellagra.

In ambedue i casi studiati i sudanofili sono numerosi (10-12 °|₀). Il nucleo dei leucociti portatori di grasso talora è

nascosto dalle goccioline, tal altra è spostato e deformato. Le goccie di grasso sono grosse, splendenti e rare o piccolissime e assai numerose. Abbondanza di mononucleati e dei linfociti specie nella forma depressiva. Numerosissime le piastrine. Qualche polinucleato con blocchetti metacromatici. I protoplasmi dei vari elementi sono poco colorati in confronto dei nuclei.

3) Demenza precoce.

Non esiste una differenza notevole nei reperti delle tre forme cliniche della demenza precoce. Si rinvengono alterazioni diverse a seconda della fase in cui sono state fatte le ricerche. Infatti all' inizio della alienazione mentale le granulazioni sudanofili sono meno numerose (6-8 $^0/_0$) che nella demenza (9-10 $^0/_0$) nell' eccitamento sono assai più numerose che nello stupore ove per lo più sono scarse. I. granuli di grasso si trovano quasi sempre alla periferia del leucocito e son piccoli. splendenti, tinti in giallo dal Sudan: nello stupore catatonico avviene di trovare i granuli piccolissimi a preferenza disposti attorno al nucleo. Qualche polinucleato, specie nell' eccitamento presenta il contorno protoplasmatico irregolare e granuli metacromatici pallidi. Nello stupore catatonico che dura da lunga pezza e nello stato demenziale si rinvengono leucociti in disfacimento e aumento dei mononucleati. I globuli rossi sono diminuiti nella catatonia e nello stato demenziale: normale è quasi sempre la proporzione dei leucociti e degli eritrociti. Piastrine grosse, bene colorate, riunite per lo più a gruppi, abbondanti: abbondantissime negli stati di eccitamento e nello stato demenziale. Leucociti colorati bene nel nucleo e nel protoplasma: solo quelli in via di disfacimento sono pallidi ed hanno il contorno irregolare.

c) » di depressione { leggiera / grave }

8) *Paralisi progressiva* . . . . (» 4)

a) stato iniziale { calma / agitazione }

b) » confermato

c) demenza

9) *Demenza senile* . . . . (» 7)

a) inizio

b) marasma

Come in tutte le ricerche di questo genere non si può tener conto delle alterazioni riscontrate caso per caso ma bisogna formulare un criterio dall' esame complessivo di più inferme. Per questa ragione io riferirò solo le alterazioni più salienti riscontrate su ogni gruppo di malate affette dalla medesima forma morbosa.

1) Alcoolismo.

Lieve leucocitosi: l' aumento riguarda specialmente i mononucleati; i globuli rossi sono normali; aumentate le piastrine.

I sudanofili sono nelle proporzioni del 4 °|₀ circa. Le goccioline di grasso sono grosse, splendenti e riempiono tutto il leucocita il cui nucleo talora è spostato di lato.

Nei rari polinucleati si riscontrano dei blocchetti metacromatici in scarso numero. I nuclei in generale sono bene colorati, i protoplasmi sono colorati in bleu pallido.

2) Pellagra.

In ambedue i casi studiati i sudanofili sono numerosi (10-12 °|₀). Il nucleo dei leucociti portatori di grasso talora è

nascosto dalle goccioline, tal altra è spostato e deformato. Le goccie di grasso sono grosse, splendenti e rare o piccolissime e assai numerose. Abbondanza di mononucleati e dei linfociti specie nella forma depressiva. Numerosissime le piastrine. Qualche polinucleato con blocchetti metacromatici. I protoplasmi dei vari elementi sono poco colorati in confronto dei nuclei.

3) **Demenza precoce.**

Non esiste una differenza notevole nei reperti delle tre forme cliniche della demenza precoce. Si rinvengono alterazioni diverse a seconda della fase in cui sono state fatte le ricerche. Infatti all' inizio della alienazione mentale le granulazioni sudanofili sono meno numerose (6-8 °|.) che nella demenza (9-10 °|₀) nell' eccitamento sono assai più numerose che nello stupore ove per lo più sono scarse. I. granuli di grasso si trovano quasi sempre alla periferia del leucocito e son piccoli. splendenti, tinti in giallo dal Sudan: nello stupore catatonico avviene di trovare i granuli piccolissimi a preferenza disposti attorno al nucleo. Qualche polinucleato, specie nell' eccitamento presenta il contorno protoplasmatico irregolare e granuli metacromatici pallidi. Nello stupore catatonico che dura da lunga pezza e nello stato demenziale si rinvengono leucociti in disfacimento e aumento dei mononucleati. I globuli rossi sono diminuiti nella catatonia e nello stato demenziale: normale è quasi sempre la proporzione dei leucociti e degli eritrociti. Piastrine grosse, bene colorate, riunite per lo più a gruppi, abbondanti: abbondantissime negli stati di eccitamento e nello stato demenziale. Leucociti colorati bene nel nucleo e nel protoplasma: solo quelli in via di disfacimento sono pallidi ed hanno il contorno irregolare.

4) Epilessia.

Anzitutto nei malati più giovani è più facile il riscontrare dei leucociti sudanofili che in quelli più adulti. Durante l'attacco convulsivo si riscontra lieve aumento di leucociti, dei polinucleati specialmente, e aumento dei globuli rossi, aumento che perdura qualche tempo dopo l'attacco. I leucociti portatori di granulazioni sudanofili sono abbastanza numerosi: le granulazioni sono grosse, spesso invadono tutto il protoplasma leucocitario e coprono i nuclei. I polinucleati hanno abbondanti granuli metacromatici. Dopo l'attacco i polinucleati sono ancora in aumento, i globuli rossi sono in numero normale: i sudanofili sono aumentati (18-20 %) specie dopo una serie di attacchi; anche qui le granulazioni sono per lo più grosse. I granuli metacromatici riempiono parecchi polinucleati: il nucleo di questi soventi appare poco colorato rispetto al protoplasma. Le piastrine sono scarse e assai grosse, isolate per lo più. Nell' intervallo fra due attacchi convulsivi sono aumentati i globuli rossi; normali sono i bianchi; i leucociti a granulazioni sudanofili sono piuttosto scarsi e si rinvengono più facilmente nel sangue appartenente a soggetti giovani piuttosto che nel sangue di soggetti adulti. Anche qui i nuclei sono poco colorati. Le piastrine sono scarse, grosse, intensamente colorate.

Nella demenza epilettica i leucociti con granulazioni sudanofile non sono molto numerosi: le granulazioni sono piccole assai e splendenti. Molti polinucleati hanno granuli metacromatici che riempiono tutto il protoplasma.

5) Idiozia.

I leucociti si rivengono in numero presso a poco normale: leggermente aumentati sono i polinucleati: i globuli rossi sono invece in minor numero che normalmente. Normali per numero, per grandezza, per intensità di colorazione sono le piastrine.

I sudanofili si rinvengono nella proporzione di (1-2 $^0|_0$): le granulazioni sono per lo più piccole, splendenti, diffuse in tutto il protoplasma.

6) **Imbecillità.**

I leucociti sudanofili sono scarsi (1 $^0/_0$). Le granulazioni sono assai piccole e disuguali, sparse irregolarmente nel protoplasma del leucocita. Le piastrine sono assai numerose e riunite in gruppi. I protoplasmi ed i nuclei sono per lo più intensamente colorati. Non si notano diversità di comportamento o aspetti differenti dei vari elementi nella forma lieve o in quella più grave del male.

7) **Frenosi maniaco-depressiva.**

Sia nello stato di agitazione grave che in quello di depressione grave il numero dei leucociti è molto aumentato: specialmente i polinucleati si rinvengono in numero cospicuo. Qualche volta sono aumentati i linfociti, ma più di raro e nelle forme antiche della psicosi.

Nei periodi intervallari si rinvengono leucociti nel numero normale o lievemente aumentati nei momenti in cui si prepara una crisi nuova o sta per cessare una crisi di depressione o di eccitamento. Nella depressione, specialmente nella forma grave, i globuli rossi sono alquanto al disotto della norma. I sudanofili sono numerosi (4 $^0/_0$ circa) specialmente nella agitazione grave e nella depressione grave.

I granuli di grasso sono grossi, bene tinti in giallo dal Sudan e in qualche caso coprono interamente il nucleo, in qualche altro lo spostano. I nuclei sono poco colorati rispetto ai protoplasmi. Alcuni polinucleati, negli stati di grave agitazione psico-motoria, sono portatori di granuli metacromatici.

In due casi ho notato un aumento transitorio nel numero dei sudanofili (6 %) negli esami compiuti pochi giorni innanzi lo scoppio di un periodo di agitazione.

Le piastrine per lo più sono numerose, numerosissime durante gli stati di eccitamento: esse sono bene colorate, piccole, riunite in gruppi, talvolta costituenti un ammasso in cui pare abbiano perso la loro individualità.

8) Paralisi progressiva.

All' inizio del male, sia calma o agitata la fase dell' inizio, globuli rossi sono un po' aumentati di numero: non presentano però varietà di sorta nella forma e nella disposizione. I leucociti si rinvengono in numero normale: i polinucleati sono un poco più numerosi mentre i mononucleati sono diminuiti: normale è il numero dei linfociti e quello delle piastrine. I sudanofoli sono numerosi (8-9 %) specie quando il male si inizia con una fase di agitazione ed il soggetto è giovane. I granuli sono assai piccoli, molto splendenti, riempiono tutto il protoplasma del leucocito, talvolta coprono il nucleo. In qualche leucocito si rinvengono grossi granuli di grasso di un bel colore giallo circondati da poco protoplasma e spostanti il nucleo di lato. I nuclei appaiono più colorati dei protoplasmi.

Nel secondo periodo della paralisi progressiva i sudanofili sono meno numerosi (4-5 %): i granuli hanno i medesimi caratteri che si rinvengono nei sudanofili della prima fase. I nononucleati sono pochi: gli eosinofili sono in numero normale: i polinucleati sono diminuiti di numero. I globuli rossi sono meno che nel primo periodo: molti sono deformati e pallidi. Le piastrine sono numerose e piccole, disposte in gruppi, bene colorate. Nel periodo demenziale si riscontrano normali i polinucleati: sono aumentati i linfociti: normali o quasi i mononucleati: i globuli rossi sono assai pallidi e diminuiti di numero. I sudanofili sono

pochi (1-2 $^0|_0$). Prevalgono i granuli grossi e splendenti: i nuclei sono meno colorati dei protoplasmi. Le piastrine sono ben colorate e piccole, unite a gruppi.

9) **Demenza senile.**

Aumento dei mononucleati: normali per numero i polinucleati, i linfociti, i globuli rossi, le piastrine. Queste sono per lo più grosse e bene colorate. I leucociti portatori di grasso sono tutt'altro che numerosi (1 $^0/_0$ circa). I granuli contenuti nei leucociti sono piccolissimi e non occupano tutto il protoplasma che appare poco colorato come poco colorato è il nucleo. In qualche polinucleato si notano dei granuli metacromatici.

Queste sono state le principali alterazioni che ho riscontrate colla colorazione vitale nel sangue delle inferme di mente che non presentavano modificazioni patologiche riguardo al fisico.

Riassumo ora i reperti del sangue delle alienate affette da malattie fisiche.

Nei due casi di pleurite ho rinvenuto sudanofili solo in uno in cui l'essudato pleurico era sieroso; i granuli erano piccoli e numerosi e occupavano tutto il globulo bianco.

Nella polmonite crupale ho cominciato a trovare sudanofili solo quando obbiettivamente si cominciò ad avvertire la crepitatio redux; i leucociti portatori di grasso sono divenuti rapidamente numerosi e le gocciole adipose per lo più erano grosse e splendenti. Molti i polinucleati con granulazioni metacromatiche.

Nel caso di tifo pochi sudanofili ho potuto riscontrare (2 $^0|_0$) e tutti con granuli piccoli e poco numerosi ammassati in un punto periferico del globulo bianco. Alcuni leucociti portavano blocchetti metacromatici.

Nei tre casi di tubercolosi polmonare i sudanofili erano più numerosi in quello in cui il focolaio tubercolare era più esteso e quando la temperatura febbrile era più elevata. I granuli erano piccoli e numerosi.

Nelle enteriti il reperto è stato negativo rispetto ai sudanofili. Molti leucociti erano disfatti: tutti poco colorati nel nucleo e nel protoplasma. Molte piastrine bene colorate, isolate o in gruppi.

Nelle alienate affette da suppurazioni i sudanofili erano numerosissimi, con granuli grossi, splendenti, estesi in tutto il globulo bianco nel caso del patereccio; erano presenti ma in minor quantità e con granuli più piccoli e più scarsi di numero nel caso dell'ascesso della natica: non li ho trovati nella suppurazione cronica.

Durante i periodi mestruali delle alienate ho rinvenuto un aumento di sudanofili nell' epoca che precede l' apparizione del sangue: i leucociti portatori di grasso sono invasi da granuli piccolissimi e numerosi, bene colorati, sparsi in tutto il protoplasma e coprenti in qualche caso il nucleo.

Nelle malate di mente affette da elmintiasi i sudanofili erano sempre numerosissimi con granuli piccoli, sparsi uniformemente e invadenti tutto il protoplasma del leucocita.

Dopo un' ingestione di grassi, mentre in antecedenza non si rinvenivano affatto o assai pochi erano i sudanofili, nel sangue delle alienate da me studiate il numero dei sudanofili aumentava, raggiungeva un maximum dopo circa 4 ore dall' ingestione e quindi gradatamente tornava a diminuire. I granuli erano grossi e splendenti, si notavano anche molti leucociti con blocchetti metacromatici, e moltissime piastrine.

CONCLUSIONI.

La colorazione vitale del sangue sia in Medicina che in Chirurgia rappresenta senza dubbio un mezzo diagnostico assai prezioso. Nelle malattie mentali però la colorazione vitale del sangue non fa scoprire alcunchè di veramente caratteristico o tale da costituire un aiuto di qualche valore per la diagnosi delle varie psicosi.

Il fatto più comune che si rileva nel sangue degli alienati trattato colla colorazione a fresco di *Cesaris-Demel* è dato da un aumento numerico dei leucociti portatori di granuli grassosi. Anche questo aumento però non è costante, ben chiaro, sempre presente in quei casi nei quali più spesso si osserva, ma ora si accentua in alcune fasi dello psicosi, ora coincide con alcuni fenomeni, ora è più manifesto se il malato è giovane, ora se è più adulto. Una suppurazione, una qualunque malattia fisica, il genere d' alimentazione ecc. sono sempre più che sufficienti a far variare, e non poco, il numero dei sudanofili nel sangue dei malati di mente.

Tuttavia è degno di nota il fatto che nella Demenza Precoce, nella Paralisi progressiva, e nella Epilessia l' aumento dei sudanofili è costantemente maggiore negli ammalati più giovani.

Il *Tirelli* (15), studiando il modo di comportarsi dei lipocromi nelle cellule ganglionari di alienati, pur venendo alla conclusione che la presenza del lipocromo nella cellula garglionare non ha un significato patologico, tuttavia ha osservato che la precocità della sua comparsa si verifica specialmente nei casi di psicopatie a significato organico-distruttivo. Tale coincidenza è molto importante; ed è anche importante un' altra coincidenza: che cioè nella Epilessia, nella Demenza precoce, nella Paralisi progressiva, i sudanofili sono eccessivamente ripieni di granula-

zioni grassose e nella cellula ganglionare dei mali affetti dalle medesime psicosi si nota *(Tirelli)* un eccessivo accumularsi di lipocromo. Per ciò l' alterazione organica e l' andamento progressivo e distruttivo del male esercitano una influenza non trascurabile sul ricambio cellulare e sui globuli bianchi del sangue costituenti una difesa dell' organismo.

Negli alienati affetti da malattie fisiche la sudanofilia è per lo più in rapporto alla alterazione fisica e segue le modalità di comportamento solite a riscontrarsi in quelle malattie. L' elmintiasi ha una grande importanza nel provocare l' aumento dei sudanofili.

Come nei normali, i granuli metacromatici che si rinvengono mediante la colorazione vitale nei leucociti degli alienati sono dovuti più spesso a frammenti cellulari fagocitati, e, qualche volta (se si vuole dedurlo dai caratteri fisici) a batterii.

Venezia, Giugno 1911.

LETTERATURA.

1) - ROSIN e BIBERGELL. — Das Verhalten der Leucocyten bei vitalen Bluttfärbung. — *(Deut. Med. Wochens. 3, H. 1902).*

2) - CESARIS-DEMEL. — Sulle alterazioni degenerative dei leucociti del sangue studiate col metodo della colorazione a fresco. — *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Giugno 1906).*

Id. — Di un reperto ematologico specifico nelle infiammazioni purulente. — *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Aprile 1906).*

Id. — Sulle modificazioni cromatiche e morfologiche e sul significato dei leucociti in attività fagocitica nel sangue circolante. — *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Aprile 1907).*

3) - DE MARCHIS. — Sul valore del reperto ematologico indicato da Cesaris-Demel come specifico delle infiamma zioni purulente. — *(Atti della R. Accademia Medico Fis. di Firenze, Febbraio 1907).*

4) - QUARELLI e BUTTINO. — Sulla presenza e significato dei leucociti a granulazioni sudanofili nel sangue *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Gennaio 1907).*

5) - JOUSSET e TROISIER. — Les granulations graisseuses des leu cotytes du sang normal. — *(Societè de Biologie, séance 13-VII-907).*

6) - FACCHINI e MILANI. — Sulle modificazioni cromatiche e morfologiche dei leucociti del sangue circolante rileva-

zioni grassose e nella cellula ganglionare dei mali affetti dalle medesime psicosi si nota *(Tirelli)* un eccessivo accumularsi di lipocromo. Per ciò l' alterazione organica e l' andamento progressivo e distruttivo del male esercitano una influenza non trascurabile sul ricambio cellulare e sui globuli bianchi del sangue costituenti una difesa dell' organismo.

Negli alienati affetti da malattie fisiche la sudanofilia è per lo più in rapporto alla alterazione fisica e segue le modalità di comportamento solite a riscontrarsi in quelle malattie. L' elmintiasi ha una grande importanza nel provocare l' aumento dei sudanofili.

Come nei normali, i granuli metacromatici che si rinvengono mediante la colorazione vitale nei leucociti degli alienati sono dovuti più spesso a frammenti cellulari fagocitati, e, qualche volta (se si vuole dedurlo dai caratteri fisici) a batterii.

Venezia, Giugno 1911.

LETTERATURA.

1) - Rosin e Bibergell. — Das Verhalten der Leucocyten bei vitalen Bluttfärbung. — *(Deut. Med. Wochens. 3, H. 1902).*

2) - Cesaris-Demel. — Sulle alterazioni degenerative dei leucociti del sangue studiate col metodo della colorazione a fresco. — *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Giugno 1906).*

Id. — Di un reperto ematologico specifico nelle infiammazioni purulente. — *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Aprile 1906).*

Id. — Sulle modificazioni cromatiche e morfologiche e sul significato dei leucociti in attività fagocitica nel sangue circolante. — *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Aprile 1907).*

3) - De Marchis. — Sul valore del reperto ematologico indicato da Cesaris-Demel come specifico delle infiamma zioni purulente. — *(Atti della R. Accademia Medico Fis. di Firenze, Febbraio 1907).*

4) - Quarelli e Buttino. — Sulla presenza e significato dei leucociti a granulazioni sudanofili nel sangue *(Giornale della R. Accademia Medica di Torino, Gennaio 1907).*

5) - Jousset e Troisier. — Les granulations graisseuses des leu cotytes du sang normal. — *(Societè de Biologie, séance 13-VII-907).*

6) - Facchini e Milani. — Sulle modificazioni cromatiche e morfologiche dei leucociti del sangue circolante rileva-

bili colla colorazione a fresco secondo Cesaris-Demel *(Accademia Medica di Bologna 1907).*

7) - D'AMORE. — Sulle granulazioni grasse dei leucociti circolanti. — *(Il Tommasi, 20-VI-907).*

8) - LUCIBELLI e DE LEO. — Contributo agli studi sulla colorazione vitale del sangue. — *(Il Morgagni N. 12 1909).*

9) - MICHELI. — *(Il Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 21, 1907).*

10) - COMESSATTI. — I leucociti sudanofili del sangue nel decorso delle malattie infettive. — *(La Clinica Medica Ital. N. 12 1907).*

11) - CARLETTI — (Citato da *Lucibelli* e *De Leo).*

12) - BIONDI e GALASSI. — Sulla presenza nel sangue di leucociti sudanofili negli avvelenamenti per antimonio, fosforo e arsenico. — *(Società delle scienze Mediche e Naturali di Cagl'ari, 22-VI-1907).*

13) - BENINI. — Sulla presenza di leucociti sudanofili nell' infezione difterica. *(Rivista di Clinica Pediatrica, fascicolo* 8, *1907).*

14) - GRAZIANI. — Ricerche sulle modificazioni citologiche del sangue nelle principali psicosi. — *(Rivista sperimentale di freniatria, fasc. IV. 1910).*

15) - TIRELLI. — Lipocromi nelle cellule ganglionari di alienati. *(Annali di Freniatria, Fasc. I. 1910).*



LABORATORI SCIENTIFICI DEL MANICOMIO PROVINCIALE DI PERUGIA
diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

Sulla " Sphärotrichia cerebri multiplex "

NOTA CLINICA
ED ANATOMO-PATOLOGICA

DEL DOTTORE
ALEANDRO BENEDETTI
Medico del Manicomio Provinciale

(Con due tavole)



Circa due anni fa comunicai in una seduta dell' Istituto Umbro di Scienze i risultati delle ricerche da me eseguite sulla nevroglia fibrillare nella regione ammonica in varie malattie mentali. *(Atti dell' Istituto Umbro di Scienze e Lettere, adunanza del 18 marzo 1909).*

Ebbi allora occasione di riscontrare in alcuni casi piccoli focolai di sclerosi disseminati, ai quali accennai brevemente, come si conveniva all' indole del lavoro. Ora però che questi reperti hanno assunto una importanza speciale, richiamando l' attenzione di molti osservatori, non credo sia del tutto superfluo dire poche parole intorno a tale argomento. Desidero perciò ricordare quelli dei miei casi nei quali si riscontrano evidentissime ed in grande abbondanza quelle formazioni, che sono da identificarsi con i focolai di sclerosi miliare *(Miliare Herdsklerose)* di *Redlich* (Senile Gehirnatrophie. *Monat. f. Neur. u. Psych. 1899),* alterazione speciale della corteccia cerebrale dal *Fischer* (Miliare Nekrosen der Hirnrinde bei seniler Demenz. *Monat. für Neur. u. Psych. Bd 22, 1907)* ritenuta, come si sa, caratteristica della demenza senile e distinta con il nome di *drusige Nekrose*, da *Synchowicz* (Histologische studien ueber die senile Demenz. *Hist. u. Histopath. Arbeiten. Bd, 4, 1911)* semplicemente colla denominazione di *placche* e recentemente da *Fischer* stesso *(Zeitsch. f. die gesam. Neur. und Psych. III, Bd, 1910)* indicata con quella di *Sphärotrichia cerebri multiplex.*

Fra i casi da me citati riporterò brevemente le storie cliniche di quelli nei quali il reperto delle *placche* è più notevole per abbondanza e chiarezza.

Osservazione I. - Cartella N. 4909 (D) - *Tifo pellagroso.*

B. C. nata a Città di Castello, di anni 34, colona, povera. Già ricoverata nel Manicomio di Perugia nel giugno 1906 per psicosi pellagrosa, migliorata nelle condizioni generali e mentali fu dimessa dall' Istituto nel Novembre 1906. Torna al Manicomio in grave stato di denutrizione il giorno 28 dicembre 1907.

Presenta sulla pelle delle mani l' eritema e la desquamazione caratteristica della pellagra; soffre di diarrea. È oligoemica, debolissima. Non si osservano alterazioni patologiche a carico dell' apparato circolatorio e del respiratorio. Psichicamente è depressa, torpida, non manifesta idee deliranti, non ha tendenza a farsi del male. Il suo stato generale e mentale va rapidamente peggiorando, e pochi giorni dopo il suo ingresso al Manicomio muore presentando il quadro del tifo pellagroso (amenza).

Osservazione II. - Cartella N. 5462 (U) - *Epilessia essenziale.*

P. L. di anni 11, nato a Città di Castello, colono, povero. Entra nel manicomio il giorno 9 dicembre 1907. Nulla risulta dal lato ereditario.

Fino ai due anni di età ha goduto buona salute; in quel-l' epoca ha cominciato a soffrire di epilessia in seguito alla quale lo sviluppo mentale ha subìto un vero arresto. Il P. non ha imparato a parlare, non ha appreso nulla. Aveva tendenze alle fughe e non era capace di guardarsi dai pericoli.

Il ragazzo, che non presenta speciali note somatiche degenerative, nel Manicomio se ne sta per lo più appartato, sfugge la compagnia degli altri malati, non si cura nè s' interessa di nulla; è spesso colpito da accessi epilettici classici. Verso la metà del

febbraio 1908 cominciò a soffrire di gastroenterite. Le condizioni già cattive di nutrizione peggiorarono rapidamente ed il ragazzo morì il giorno 24 dello stesso mese.

Osservazione III. - Cartella N. 980 (D) — *Demenza precoce.*

Fal. B. di anni 47, nata a Longone Sabino, nubile, colona, povera.

Entra la prima volta nel Manicomio il giorno 13 marzo 1878 in istato di grave eccitamento. Dalla modula informativa si apprende che una zia dell' inferma ha sofferto di una malattia mentale non bene definita, ma, sembra, molto simile a questa da cui è colpita la Fal. L' inferma dopo un periodo di degenza di 6 mesi, durante il quale aveva presentato stati di depressione, fu mandata a casa nel febbraio del 1878.

Ammalatasi di nuovo, fu ricondotta nel manicomio il 14 settembre dello stesso anno e non ne è uscita più. La lunga vita manicomiale di questa malata, almeno per quello che risulta dai diarî, non ha presentato all' osservazione che un alternarsi irregolare e tumultuario di periodi di eccitamento, di calma e di depressione, non bene delimitati e fissati.

Compaiono presto sintomi di decadimento mentale ed un quadro di demenza classica chiude la scena. La malata muore per polmonite il giorno 11 marzo 1908.

Da ultimo riferirò brevemente la storia clinica d' un demente senile, nel cervello del quale il reperto di *Sphärotrichia* è evidentissimo e perfettamente simile a quello riscontrato nei casi più sopra descritti:

Osservazione IV. - Cartella. N. 6270 (U) - *Demenza senile.*

S. P. di anni 71, nato a Mugnano (Umbria) contadino, povero. Entra nel Manicomio il giorno 6 aprile 1907. È debole, denutrito; presenta sintomi di arteriosclerosi. Mentalmente assai

decaduto, è disorientato rispetto al luogo e al tempo. Riconosce il medico, che chiama presso di sè con insistenza, appena lo vede entrare nella camera ove si trova degente, per manifestargli desiderî strani e per lui affatto irrealizzabili. È molto sudicio. Negli ultimi tempi della sua vita si sono cominciati a notare sintomi di rammollimenti multipli, una grande difficoltà nel parlare ed una esagerata emotività.

Muore in stato marasmatico il giorno 6 febbraio 1908.

Non riferisco gli altri due casi da me già citati (*Epilessia, Demenza precoce*) perchè in essi i focolai sclerotici sono rari e non presentano caratteri peculiari tali da non dare origine a dubbi intorno alla loro interpetrazione.

Il metodo impiegato fu quello di *Da-Fano* (Fissazzione in nitrato di Piridina e colorazione con Ematossilina *Mallory*). Lo scopo che mi ero proposto con le mie precedenti ricerche essendo limitato alla constatazione principalmente della nevroglia fibrillare sul materiale fissato non applicai altre colorazioni, che danno pure ottimi risultati, per mettere in evidenza la nevroglia protoplasmatica. Sia comunque, quando esistono le *placche* sono chiaramente apprezzabili anche col semplice metodo di *Da-Fano*. Esporrò ora brevemente quanto nella regione ammonica ho potuto notare:

Primo caso. - Nella corteccia della circonvoluzione dell'ippocampo si osservano gruppi (Fig. 1) di numerose formazioni di grandezza varia, a contorni abbastanza ben delimitati e distinti, situati prevalentemente lungo il confine fra la sostanza grigia e la bianca, con tendenza ad invadere in alcuni punti quest'ultima. Alcune di queste speciali formazioni presentano nella loro parte centrale una massa compatta colorata in *bleu* intenso, a contorni piuttosto irregolari. (Fig. 2). In altre l'ammasso delle fibre intrecciate e spezzate è rarefatto e disposto assai disordinamente, in altre è compatto

e di aspetto feltriforme, talvolta disposto come a stella. (Fig. 3). In alcuni casi poi il centro è quasi perfettamente scolorato, tanto che la formazione acquista la figura di un anello più o meno irregolare. (Fig. 4).

Secondo caso. — Qui anche nella sostanza bianca della circonvoluzione dell'ippocampo si osservano le solite formazioni (Fig. 5) composte da fibre spezzate, irregolari e non molto compatte; scolorate notevolmente nella loro parte centrale presentano un aspetto notevolmente anelliforme. Faccio qui osservare che *placche* anche più numerose ed evidenti si trovano nei preparati del *Rossi* eseguiti con lo stesso metodo e riguardanti le circonvoluzioni cerebrali. In grandi quantità se ne vedono nella *Front. Super. dext.*

Terzo caso. — *Sphärotrichia* prevalente nella sostanza bianca, qualche volta disposta lungo il confine fra le sostanze bianca e la grigia, che talora ne è invasa. Anche in questo caso (Fig. 6) le formazioni descritte, piccole, a contorni delimitati, composte da intrecci irregolarmente disposti ed addensati sono evidenti nelle circonvoluzioni dell'ippocampo. Alcune hanno al centro un ammasso di fibre compattissimo, altre in questo punto si presentano scolorate.

Quarto caso. — Le immagini che si osservano nei preparati del quarto caso (Fig. 7) sono perfettamente simili a quelle già descritte. Se ne incontrano prevalentemente nella regione dell'ippocampo e si presentano a contorni regolari e formate da intrecci piuttosto spessi e colorati intensamente.

La *Sphärotrichia* da me osservata nella regione ammonica nel primo e nel secondo caso è stata anche notata, come ho già accennato, dal *Rossi,* che pubblicherà fra breve i risultati delle sue ricerche principalmente istituite allo scopo di chiarire la origine e la evoluzione delle *placche.* Il mancato controllo di altri metodi tecnici di colorazione ed in special modo di quello del *Bielschowski* potrebbe far credere che le formazioni da me de-

scritte non appartengano alla specie delle *placche*, Ma, come ho detto più sopra, l'Ematossilina *Mallory*, previa fissazione in nitrato di Piridina, è capace di metterle, in modo assai netto, in evidenza specie in alcuni stadii della loro evoluzione. D'altro canto le annesse figure, riproduzioni esatte di microfotografie, credo valgano a togliere ogni dubbio in proposito.

Rilevo a questo punto come, se le mie osservazioni sono giuste, questa speciale alterazione della corteccia cerebrale che va sotto il nome di *Sphärotrichia cerebri multiplex* si riscontri sia pure con minore intensità anche in cervelli di individui ancora giovani. Infatti nel primo e nel secondo caso si tratta d'una donna di 34 anni e d'un ragazzo di 11 anni. Inoltre si osservano *placche* in un cervello di individui che anche trovandosi nella così detta età presenile (Caso terzo, donna di 47 anni) non presenta sintomi della speciale forma morbosa che va sotto il nome di *presbiofrenia.*

Non intendo ora discutere su questo argomento molto complesso, specie dopo l'ultimo interessante lavoro di *Fischer* (l. cit.) che rappresenta il risultato di molte osservazioui cliniche ed anatomo-patologiche. Convengo che sotto la denominazione di *sclerosi miliare, necrosi da conglomerati, focolai necrotici, placche* ecc., possono essere state confuse formazioni di natura e quindi di significato differente, ma penso anche come nella stessa categoria debbano mettersene altre che, pur non presentando perfettamente simili alcuni dei caratteri morfologici, hanno forse la stessa origine, la stessa natura ed il medesimo significato. Sia comunque, ulteriori indagini, che sarebbe necessario istituire numerose, diranno se questa speciale manifestazione patologica della corteccia cerebrale sia propria solo dei cervelli senili san o malati ed esponente di quella forma clinica speciale che va sotto il nome di *Demenza presbiofrenica.*

Perugia, Giugno 1911.

TAVOLA PRIMA

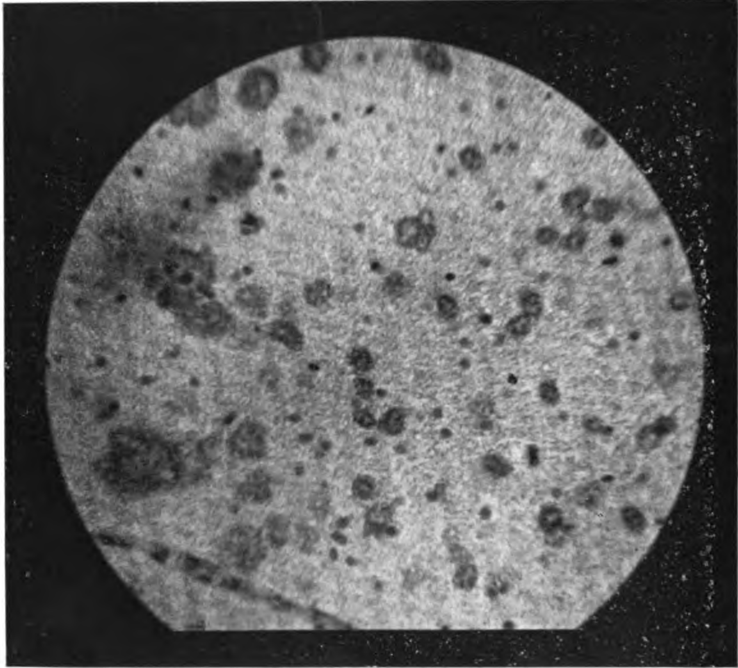


Fig. I

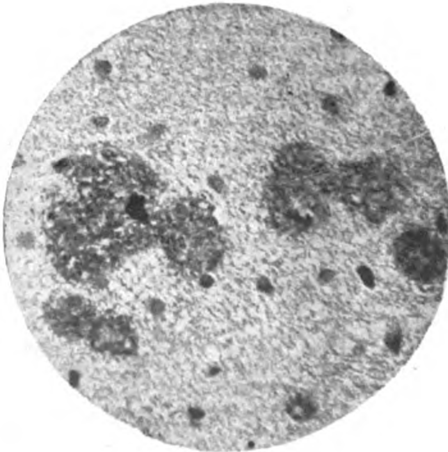


Fig. II

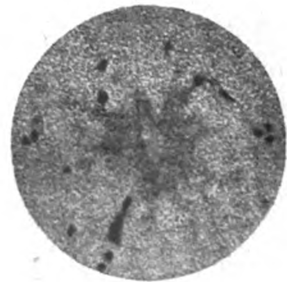


Fig. III

TAVOLA SECONDA

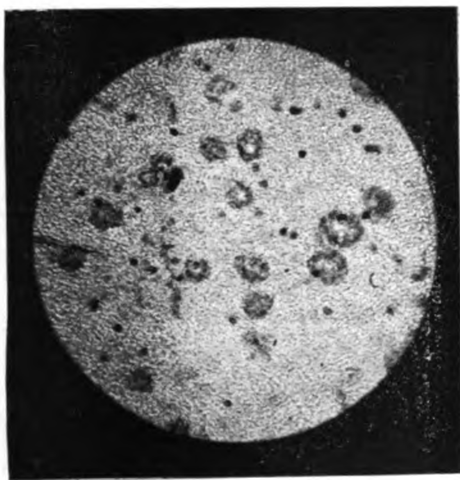


Fig. IV

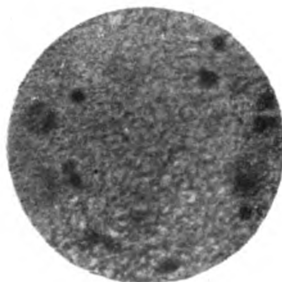


Fig. V

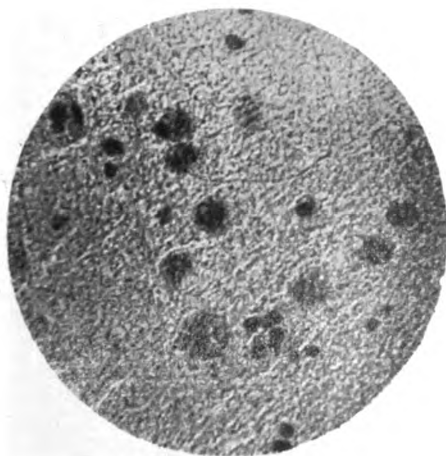


Fig. VI

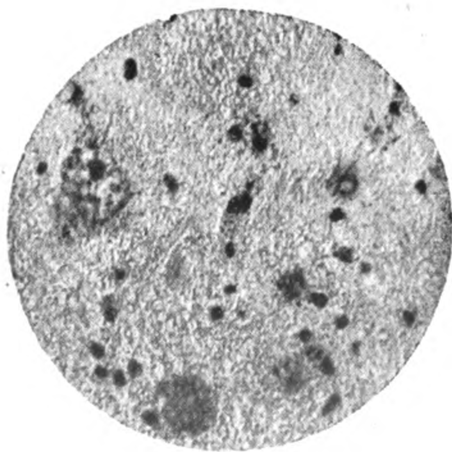


Fig. VII

AUTORIASSUNTI E RIVISTE

CIUFFINI P. — Studio clinico ed anatomo-patologico sulla demenza paralitica post tabem.

L'autore ha compiuto il suo studio, prendendo in considerazione 52 storie cliniche, 19 delle quali corredate del reperto necroscopico, di pazienti affetti da demenza paralitica, consecutiva a tabe dorsale.

Egli viene a queste conclusioni: La preponderanza dell'unione delle due malattie nell'uomo è molto considerevole, giacchè quasi il 90 % dei colpiti appartengono al sesso maschile. La frequenza inoltre aumenta progressivamente fino ad un massimo, che si verifica fra 40-45 anni; da quest'epoca essa è gradualmente minore, fino ad essere minima tra 60-65; non vide casi di demenza paralitica *post tabem* dopo i 65 anni, nè prima dei 30. Se si considera la professione dei tabici, che diventano paralitici, si osserva come il numero maggiore spetti agli operai, i quali rappresentano circa un terzo dei colpiti. Le influenze ereditarie, che è forse possibile ammettere in più della metà dei casi, devono certamente avere una qualche importanza nella genesi dei due stati morbosi.

Se si considerano altri fattori etiologici, e innanzi tutto la lues, si osserva come essa si riscontri con maggior frequenza negli antecedenti del malato, o da sola, od unita coll'alcool, o coll'alcool e con forti traumi al capo. l'infezione luetica esisterebbe in più della metà dei casi. L'autore ha osservato come al minimo decorsero 7 anni, ed al massimo 29, con una media di 14 anni, prima che alla sifilide facesse seguito la tabo dorsale; e, ripetendo gli stessi calcoli per lo sviluppo della demenza paralitica consecutiva alla tabe, ebbe come minimo 8 anni, come massima 34, con una cifra media di 19 anni. Come media di durata del periodo tabico preparalitico, può fissarsi 5-6 anni. Non ha riscontrato una maggiore frequenza, una maggiore facilità delle forme di tabe superiore a complicarsi colla demenza paralitica, come era forse lecito pensare; tuttavia nel momento in

cui fu fatta la diagnosi di paralisi progressiva, in genere poco tempo dopo il suo ristabilirsi, predominano fortemente le forme miste.

Dopo l'inizio dei sintomi mentali, i dolori sono del tutto cessati, od almeno moltissimo diminuiti. A volte la demenza paralitica. nel corso della tabe, iniziò con attacchi apoplettiformi, od epilettiformi (13,46 °/₀ dei casi); se si considerano anche i casi, in cui essi comparvero durante l'evoluzione della demenza paralitica, la proporzione sale al 24 °/₀. Solo in 3 casi l'autore notò nel principio della tabe, parecchi anni prima dell'inizio della paralisi, transitori attacchi emiplegici.

Trovò inoltre questa scala decrescente di frequenza di alcuni siutomi: paresi del VIII, atrofia dell'ottico, paralisi degli oculomotori, diminuzione della funzione dell'VIII, del I, del IX, presenza di parestesie in varie sedi del corpo; solo in due casi constatò l'esistenza di artropatie. Predomina notevolmente la forma espansiva di demenza paralitica, meno frequente di tutte è la forma ipocondriaco-melanconica. Uno stato irritativo non è da principio raro, riscontrandosi in un terzo circa delle osservazioni.

L'autore vide casi, nei quali la demenza paralitica *post tabem*, ebbe un decorso brevissimo di pochi mesi, essendo rapidamente sopraggiunta la morte; come massimo di durata si ebbero 4 anni e 3 mesi, con una media di 1 anno e 4 mesi circa. Considerando il decorso complessivo delle due malattie, si ebbero come massimo 20 anni; come minimo 1 anno e mezzo, e come media 7 anni e 3 mesi.

In nessuna osservazione si notarono lesioni macroscopiche in corrispondenza dei lobi occipitali e del cervelletto. In 12 dei 19 pazienti, nei quali fu possibile praticare interamente l'antopsia, ed esaminare anche l'aorta, fu sempre notata endoaortite deformant.e

Può quindi ritenersi in generale, che sono i pazienti relativamente giovani, quelli che più frequentemente danno luogo alla successione delle due malattie; tabe e demenza paralitica; appartengono più spesso alle classi operaie, tarate di grave ereditarietà neuropatica, e nei quali figura, durante il periodo tabico, l'alcoolismo come l'unico momento etiologico. L'osservare inoltre la comparsa di qualche sintomo di tabe superiore, nel decorso dell'inferiore, e sopratutto se la tabe non data da molti anni, e a ciò si associ la comparsa dei dolori folgoranti, deve fare fortemente sospettare la possibilità dell'insorgenza dei sintomi paralitici.

(Estratto dal Policlinico. Sez. Med. Fasc. 8, 1911).

GARDI E PRIGIONE. — Sul valore clinico dei principali metodi siero-diagnostici per la diagnosi di sifilide. *Note e Riviste di Psichiatria. Vol. IV. N. 4*.

Gli AA. hanno studiato il siero del sangue e del liquido cefalo rachidiano in cento casi di malattia mentale, applicando i metodi di Wassermann, di Perges-Meier, di Klausner, di Schürmann e di Nogouchi-Moore.

Per lo studio fatto vengono alle seguenti conclusioni:

1.° Non potendosi accordare alcun valore specifico alla reazione di *Schürmann* poichè essa dà reperti positivi o negativi nella quasi totalità dei casi a seconda del procedimento adottato e indipendentemente della forma mentale a cui appartiene il materiale di studio;

2.° Non potendosi accordare alcun valore specifico alla Reazione di *Porges-Meier*, sia essa eseguita sopra siero di sangue o sopra liquido cefalo-rachidiano, poichè in ordine al 1° grnppo di ricerche fornisce una percentuale elevatissima di reperti positivi non spiegabili certamente con la presenza di una infezione sifilitica, mentre in ordine al 2° gruppo fornisce nella quasi totalità dei casi esaminati reperto negativo;

3.° Non potendosi accordare alcun valore specifico alla reazione di *Klausner* per la quasi totalità di reperti positivi conseguenti alla sua applicazione nelle più svariate forme morbose mentali; rimane a considerare quale possa essere il valore da attribuire alle due reazioni residue, la reazione di *Wassermann* e la reazione di *Nogouchi Moore*.

4.° La reazione di *Wassermann* consente di raccogliere una serie discretamente compatta di reperti positivi nel gruppo dei casi appartenenti alla demenza paralitica; solo alcuni pochi reperti positivi rimangono sperduti quà e là nei rimanenti gruppi di forme mentali.

a) A questo proposito e nei riguardi della ricerca praticata sopra siero di sangue, si riscontra un reperto positivo in relazione al 1° caso esaminato di psicosi epilettica, reperto giustificato dalla preesistenza nell' inferma di una infezione celtica. Altri due reperti, sopra sette casi esaminati, risultano positivi nel gruppo delle pseudo paralisi, mentre tre risultano dubbi nel novero dei casi di arresto di sviluppo. In 40 casi di demenza paralitica, esaminati con la Wassermann, il reperto fu nettamente positivo in 25.

Non è possibile senz' altro mettere in rapporto questi risultati con la esistenza nei casi relativi di una sifilide pregressa, poichè a questo riguardo difettano dati anamnestici sicuri; non devesi però dimenticare che in sei casi di paralisi progressiva legati alcuni in modo indubbio, altri con forte presunzione alla infezione sifilitica, si ebbero altrettanti reperti negativi. Ad ogni modo la percentuale di reperti positivi conseguiti all' applicazione della reazione di *Wassermann* all' esame del siero di sangue di paralitici, si aggira intorno al 62 %.

b) Nei riguardi della ricerca praticata sopra liquido cefalo-rachidiano si riscontrano due reperti positivi in relazione ad altrettanti casi di arresto di sviluppo psichico; uno in ordine a un caso di sindrome paralisiforme e 18 sopra 40 casi esaminati di demenza paralitica.

Anche questi risultati, come quelli conseguenti all' uso del siero di sangue, in difetto di dati anamnestici sicuri, non possono senz' altro, mettersi in rapporto con una infezione sifilitica pregressa; ad ogni modo sta il fatto che la percentuale di reperti positivi conseguiti applicando la reazione di *Wassermann* all' esame del liquido cefalo-rachidiano dei paralitici, si aggira attorno al 45 %.

Vi sono quindi dei casi in cui la reazione risulta positiva quando venga applicata all' esame del siero e negativa quando venga applicata all' esame del liquido; mentre nelle nostre personali osservazioni non si sarebbe mai verificato il fatto opposto. In effetti la reazione praticata sopra il liquido con una percentuale di reperti positivi che si aggira attorno al 17, 5 %.

5.° Un' altra reazione la quale sembra portare una selezione notevole nei casi esaminati, è la reazione butirrica.

Abbiamo già riferito nelle conclusioni parziali come all' infuori di alcuni reperti positivi sperduti in alcuni dei gruppi di forme mentali esaminate, la somma maggiore di reperti positivi — molto più compatti di quelli che conseguono all' uso della reazione di *Wassermann* — si riscontri nel gruppo della demenza paralitica etc., sopra 40 casi esaminati, si ebbero 32 reperti positivi che corrispondono ad una percentuale aggirantesi attorno all' 80 %.

Di fronte a questi risultati dobbiamo ritenere la reazione di *Nogouchi-Moore* più sensibile della reazione di *Wassermann*, o dobbiamo piuttosto ritenere quest' ultima più fedele della prima? Sono domande alle quali non possiamo rispondere con sicura coscienza per la motivazione, più volte addotta all' assenza di dati anamnestici sicuri in ordine all' ammissione di una pregressa sifilide.

Certamente che attribuendo alla reazione di *Nogouchi-Moore* quel valore altamente specifico che vi annettono gli autori, si dovrebbe concludere per un rapporto molto più intimo fra paralisi progressiva e sifilide di quanto possa apparire dai reperti della reazione di *Wassermann*, ma ricordando che la reazione di *Nogouchi-Moore* è un semplice rivelatore delle proteine presenti nei liquidi spinali in quantità superiori al normale — ciò che si verifica in tutte le flogosi del nevrasse, indipendentemente da ogni presupposta etiologia sifilitica — ci si trova nella necessità di dover limitare notevolmente la portata della proporzione testè annunciata.

Ad ogni modo la reazione butirrica non è esclusiva della paralisi progressiva, poichè la si riscontra positiva anche in casi indubbi di demenza

precoce, di psicosi epilettica, di arresti di sviluppo psichico, di demenza senile, e di sindromi paralisiformi, in cui, per giunta, non si potrebbe ammettere la infezione celtica se non in via di supposizione

6.° Quanto poi alla soluzione di annettere al quesito da noi posto e che si riferisce alla possibilità di fornire la dimostrazione della esistenza di particolari condizioni organiche formanti un *substratum* necessario allo svolgimento dei fenomeni biologici rivelati dai vari reattivi sfruttati per querte indagini, crediamo di potere asserire con molta ragionevolezza che alla produzione delle reazioni di *Porges-Meier*, pi *Klausner* e di *Schürmann* si richiede molto presunsibilmente la esistenza di substrati organici molto affini tra loro, ma essenzialmente diversi dal substrato che si esige per lo svolgimento delle residue reazioni, la reazione di *Wassermann* e quella di *Nogouchi-Movre*. *N.*

Dott. MORPURGO. — Ricerche sulla Associazione delle idee nei pazzi pellagrosi. *Riv. Sper. di Fren. Fasc. 1-2, 1911.*

L' A. in questo lavoro si è proposto di studiare: 1.° la velocità dell'associazione mettendo in rapporto i risultati ottenuti con quelli di altri sperimentatori tanto sui normali che sui malati di mente; 2.° la forma delle associazioni; 3.° i rapporti fra associazione e sentimento.

Da questo studio complesso, tenendo conto del grado di coltura e della mentalità dei soggetti esaminati viene a stabilire che nei pazzi pellagrosi nella fase depressiva esiste restringimento nel campo rappresentativo, che è in rapporto più con l' affettività che con una condizione di indebolimento mentale dei soggetti. I processi ideativi nei casi con grave disturbo di coscienza trovano nell' ostacolo affettivo la ragione del loro imperfetto svolgimento: le associazioni si compiono in questi malati con notevole lentezza, con spiccata reazione egocentrica ed emotica, con tendenza alla costellazione. Inoltre v' è aumento di associazione interna.

Il veleno pellagrogeno agirebbe in modo diverso dall' alcool nei riguadi della funzione associativa: mentre l' acool determinerebbe diminuizione della rapidità dell' associazione, aumento delle associazioni esterne e di suono, diminuizione delle interne; la pellagra aumenterebbe le interne senza poter trarre alcuna conclusione nei riguardi delle associazioni di suono.

L' A. viene quindi alle conclusioni generali che qui riportiamo:

1.° Nei pazzi pellagrosi anche senza gravi disturbi di coscienza il tempo di reazione è in generale molto più lungo che non nei normali;

2.° Nei pazzi pellagrosi come nei normali incolti il tipo associativo prevalente è quello predicato; però mentre nei normali incolti le associa-

zioni interne tendono a raggiungere la cifra delle associazioni esterne, senza sorpassarle, nei pazzi pellagrosi le interne invece predominano.

3.° Nei pazzi pellagrosi senza gravi disturbi di coscienza l'affettività spiega una grande influenza sui processi associativi sia ritardando il tempo di reazione, sia facilitando grandemente lo sviluppo di *perseverazioni*.

Vitali

Dott. RUBINO. — La sindrome epilettica nel periodo secondario della sifilide. *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche, anno XXXIII, 1911.*

L'A. in seguito a due osservazioni personali, studiate minutamente, prende in esame l'argomento trattato per la prima volta dal Fournier e viene alle seguenti conclusioni:

1.° L'epilessia può svilupparsi nel periodo secondario della sifilide e deve allora considerarsi come una nevrosi epilettiforme tossi-infettiva, cioè come una sindrome epilettica provocata dalle tossine specifiche della sifilide, con o senza lesioni (di natura congestiva, emorragica o flogistica, ma lievi e sfuggevoli) delle zone cortico-motrici.

2.° alla sua genesi non occorre una speciale predisposizione, cioè un'anormale eccitabilità congenita od acquisita delle zone stesse, potendo le sifilotossine, come altre tossine bacteriche e come certi veleni, vegetali, minerali ed animali. riuscire da sole all'effetto convulsivante epilettiforme; ma materialmente se questa predisposizione esiste. tanto più facile sarà l'insorgere della peculiare sindrome convulsiva.

3.° L'epilessia sifilitica secondaria si dilegua rapidamente e senza lasciar traccia sotto l'influenza pronta ed energica della cura mercuriale; quando ciò non accada, o si tratta di una forma dovuta all'azione sopraggiunta della sifilide in individuo originariamente epilettico, o si tratta di una modalità di quelle varie nevropatie parasifilitiche, la cui patogenesi è ancora avvolta nel mistero.

4.° Si deve sempre pensare alla possibilità di una origine sifilitica secondaria su quelle forme di epilessia. che si manifestano col quadro dell'epilessia generale, per la prima volta dopo i vent'anni di età, senza precedenti nevropatici famigliari o personali, anche se la sifilide sia negata e non risulti evidente dai dati anamnestici ed attuali.

5.° ? La cura mercuriale deve sempre eseguirsi in questi casi, sia pure a semplice titolo probatorio, giacchè i suoi effetti, mentre potranno valere a scongiurare i danni immediati o lontani delle crisi convulsive, daranno modo in alcuni casi di scoprire l'esistenza di una sifilide ignorata o ad arte nascosta.

Vitali

GRAZIANI A. — Ricerche sulle modificazioni citologiche del sangue nelle principali psicosi. *Riv. Sper. di Fren. Fasc. 1, 2 1911.*

L' A. ha studiato queste modificazioni del sangue nella demenza precoce, nell' amenza, nella psicosi pellagrosa, nell' epilessia. Riassume i risultati di questo importante lavoro in questo modo:

Il sangue nelle malattie mentali non presenta che in casi isolati modificazioni apprezzabili nella costituzione morfologica dei corpuscoli rossi e bianchi e nella ricchezza globulare ed emoglobinica; e le alterazioni riscontrate appaiono essere l' esponente di condizioui organiche, le quali notoriamente alterano la crasi sanguigna.

Modificazioni, talora molto notevoli, si osservano spesso a carico del numero dei leucociti e della formola leucocitaria.

Tali modificazioni tuttavia non hanno nulla di caratteristico, nel senso che, pur variando di grado e di sostanza, ripetono in diverse forme mentali lo stesso tipo: polinucleosi e (più di rado) leucocitosi e tendenza all' ipoeosinofilia nella fase acuta della malattia: diminuizione dei polinucleati fino al ritorno al normale e talora fino al prevalere dei monucleafi quando sopravviene la convalescenza o la matattia passa allo stato cronico.

La leucocitosi polinucleare intensa con ipoeosinofilia è bensì un fatto costante nell' amenza e raro nelle altre forme; ma poichè la si osserva, egualmente intensa in qualche caso di demenza precoce o di psicosi maniaco-depressiva con grave quadro confusionale, non si può riconoscere in questo reperto un sussidio diagnostico e prognostico di qualche valore.

Le accennate modificazioni ematologiche gettano qualche luce sull' argomento della patogenesi delle malattie mentali, perchè ci rivelano l' esistenza di processi tossi-infettivi o tossici svolgentisi in forma acuta o subacuta, e ci indirizzano al concetto che la malattia mentale non sia che il modo di manifestarsi di turbe cerebrali dipendenti da una generale alterazione morbosa dell' organismo.

Esse però non bastano da sole a chiarire i vari punti di questo complesso ed oscuro problema, alla soluzione del quale saranno certamente di aiuto ulteriori ricerche sulle proprietà chimico-biologiche del sangue, sopratutto se condotte di pari passo con uno studio generale del ricambio.

Vitali

AGUGLIA. — Polineurite in soggetto sifilitico alcoolista, interessante i quattro arti, ed il VII bilateralmente. *(Rivista Italiana di Neuropatologia 1911. Autoriassunto).*

L' A. riferisce d' un individuo malarico, alcoolista, defedato da lungo estenuante lavòro, contagiatosi a 33 anni di sifilide. Dopo circa sei mesi dall' infezione luetica, ad un tratto, senza causa immediata apprezzabile, gli si manifestò paresi del facciale sinistro, e dopo due giorni del destro (ramo superiore ed inferiore); indi ad intervalli brevissimi la paresi s' aggravò in paralisi, e s' estese agli arti superiori ed inferiori. Contemporaneamente fu preso da una forma di eccitamento maniaco durato per qualche settimana. Praticata una energica cura antisifilitica, con astensione completa di bevande alcooliche, e successivamente essendosi aggiunta l' elettroterapia galvanica, dopo circa due mesi di degenza in clinica, il paziente venne licenziato come guarito.

L' A. spiega la fenomenologia tumultuaria ed imponente presentata dall' ammalato, considerandola una formula dovuta a polintossicazione. E riguardo alla rapida guarigione valgono le vedute già esposte dal D'Abundo che cioè l' elemento tossico fa spesso assumere alle neuropsicopatie un colorito eminentemente fosco dal punto di vista diagnostico e prognostico, laddove le più grandi sorprese sono riserbate; o delle guarigioni alle volte rapide e stupefecenti, si verificano là dove s' imponeva un giudizio notevolmente riserbato.

In complesso si potè affermare che la grave sintomatologia presentata dal soggetto studiato fu l' esponente di un' effezione intensa sì, ma non tanto da determinare delle lesioni anatomiche irreparabili, e che il sopravvento nella manifestazione dei diversi fenomeni fu preso dall' elemento tossico, che formava l' ambiente primo in cui prendeva consistenza e forza l' elemento infettivo.

Dott. COSTANTINI. Un senile normale di 105 anni. — *Rivista Sperimentale di Fren.* Fascicolo 1-2 - 1911.

Si tratta di un vecchio che fino a 98 anni ha menato vita attiva e laboriosa, poi per un certo grado di debolezza sopravvenutagli venne ricoverato all' Ospedale dei cronici, dove morì all' età di 105 anni.

L' A. ne espone l' anamnesi, l' esame fisico, neurologico e psichico. La parte più interessante è l'autopsia praticata 6 ore *post-mortem* con gli esami istologici del sistema nervoso centrale, i quali sono così riassunti:

Ispessimento connettivale semplice della pia madre, con discreto accu-

mulo di sostanze di disfacimento nelle maglie connettivali e nei protoplasmi cellulari. Qualche gruppo di linfociti nei maggiori accumuli di sostanze di disfacimento.

Gravi alterazioni in tutto il sistema vasale endocerebrale, rientranti nel quadro designato dal *Cerletti* col nome di « aumento numerico relativo dei vasi », e cioè *a)* Grossi vasi lievemente tortuosi; *b)* medi vasi formanti frequenti anse, nodi e circonvoluti; *c)* piccoli vasi in parte coinvolti nelle anse e nei circonvoluti dei tronchi d'origine, in quanto formano arrotolamenti intorno ai tronchi stessi; in par e tra loro intrecciati; in parte in preda a processi regressivi in toto. Le maglie delle reti capillari sono deformate, retratte. Nei singoli vasi frequenti tratti sono in preda alla sclerosi dell'avventizia, alla degenerazione ialina, alla infiltrazione grassosa dell'avventizia, ecc. In vari punti delle pareti vasali, specie dove si accumulano notevoli quantità di sostanze di disfacimento, si osservano aggruppameti di numerosi linfociti e plasmatociti.

Le cellule nervose mostrano in gran numero degenerazione grassosa più o meno avanzata; non poche sono in preda ad nn processo per cui l'intera cellula, nucleo compreso, non assume che in minimo grado i colori basici di anilina e il corpo cellulare si presenta in disgregazione granulare.

Con i metodi per le neurofibrille si pone in rilievo in alcune poche cellule la speciale alterazione descritta dall'*Alzheimer*. Quà e là nella sostanza grigia corticale si osservano alcune piccole aree in cui un certo numero di cellule nervose è in preda a processi regressivi molto avanzati, fino a loro quasi totale distruzione.

Nelle cellule nevrogliche sono abbondantissimi gli accumuli di sostanze grassose. La nevroglia fibrillare è specialmente ispessita nel feltro marginale della corteccia e intorno ai vasi sanguigni di grosso e medio calibro si trovano infine sparse per tutto il mantello cerebrale le placche di *Redlich Fischer.*

A dimostrazione di questi reperti, il lavoro è accompagnato da 40 figure. *Vitali.*

Dott. Benigni. — Le funzioni intestinali negli ammalati di mente studiate coi metodi di Schmidt e Strarburger. — *Rivista Sperimentale di Fren.* — Fascicolo 1-2 - 1911.

Gli esperimenti, eseguiti su 50 ammalati affetti da diverse malattie mentali, diedero i seguenti risultati:

Più di frequenti furono positive le prove della digestione artificiale, indizio di non completa proteolisi enterica.

Segue per la frequenza dei risultati la prova della fermentazione, il che stà per l'insufficenza della amilosi intestinale.

La steatorrea fu pure notata in qualche malato per deficenza nella lipolisi biliare e pancreatica.

Gli altri reperti macro e microscopici avvalorano le ricerche precedenti.

Gli esami batterioscopici non diedero speciali risultati nelle feci di microorganismi in relazione alle diverse forme nosologiche.

Riguardo ai singoli gruppi di pazienti presi in esami si può dire che negli *alcoolizzati e pellagrosi* si trovano frequenti disturbi funzionali a carico dell'intestino, dovuti alle tossine maidiche e l etiliche; per modo che l'intestino non potendo più opporre la naturale resistenza contro il rigoglioso sviluppo di quei germi, generalmente innocui, e questi esaltando la loro virulenza, si vanno formando delle tossine elettive per il cervello.

Negli *stati maniaci* e più *nei melanconici* sono frequenti e varie le alterazioni delle funzioni gastroenteriche, e sono anche più generalizzate e durature. Domina la stipsi

Nei *frenastenici* le alterazioni delle funzioni intestinali sono rare assai, e se pure esistono sono di origine secondaria, causate accidentalmente (coprofagia, voracità).

Nella *demenza senile* sono dovute o a cattiva masticazione o ad insufficenza dell'elemento nervoso, donde facili i processi d'intossicazione.

Nei *dementi paralitici* si stabiliscono per l'influenza neuropatica delle alterazioni croniche, per cui avviene una lenta intossicazione, che porta alla completa disorganizzazione e disgregazione anatomica del cervello e dell'organismo intero.

Negli *epilettici*, per claudicazione enterica, le funzioni intestinali s'inceppano, i batteri esacerbano la loro virulenza producendo tossine e causando quegli stati di male. perchè trovano l'elemento nervoso facilmente vulnerabile per anomalie congenite o acquisite.

Nei *dementi precoci* ebbe scarsi e variabili risultati.

Per queste alterazioni riscontrate nelle funzioni gastrointestinali dei vari malati di mente, l'A. mette in rilievo l'importanza di questi metodi di ricerca, considerando che con essi si possono rivelare nei [nostri malati alcuni momenti patogenetici di molte forme mentali. dato che queste sieno d'origine autotossica.

Vitali.

BABONNEIX. — A proposito di un caso di sclerosi tuberosa. *Encéphale, Aprile 1911.*

La sclerosi tuberosa è un affezione rara e poco conosciuta. La sua eziologia deve per lo più ricercarsi in cause anteriori alla concezione: alcoolismo, saturnismo, tabagismo, epilessia, follia, nervosismo, imbecillità o anomalie del carattere sia nei genitori, sia negli avi, sia nei collaterali. La sintomatologia comprende disturbi intellettuali e disturbi motori: secondo i casi i disturbi intellettuali consistono in idiozia completa o in semplice imbecillità. Più o meno precoci e costanti possono manifestarsi anche degli accessi maniaci che possono qualche volta durare per il corso della malattia in modo da simulare una paralisi generale.

I disturbi motori essenziali consistono in crisi d'epilessia qualche volta generalizzata.

Brevi ma assai frequenti esse non sono mai annunciate da un grido e non s'accompagnano ai soliti sintomi: presenza di schiuma alle labbra, pallore del viso, perdita completa della coscienza. È assai raro che esse siano sostituite da vertigini, da crisi, da movimenti a tipo coreico, o da movimenti analoghi al tic di *Salaam*.

A questi due ordini di sintomi *Pellizzi* propone di aggiungere le anomalie pisiche.

I soggetti affetti da sclerosi tuberosa presentano quasi sempre qualcuna di queste malformazioni abitualmente designate sotto il nome di stigmate di degenerazione; brachi o plagio-cefalia, prognatismo, asimmetria craniofacciale, anomalie auricolari, spina bifida. criptorchia ecc. In ogni modo la sintomatologia della sclerosi tuberosa è quasi la stessa di quella di ogni comune encefalopatia infantile, e per questo la diagnosi differenziale non sempre è possibile.

Segno importante di differenziazione diagnostica sarebbe la mancanza assoluta di paralisi, di contrattura e di fenomeni di focolaio.

A questo bisognerebbe aggiungere che l'esordio non è mai accompagnato febbrili. Secondo *Vogt* poi i soggetti affetti da sclerosi tuberosa presentano spesso delle gravi anomalie somatiche che dimostrano la partecipazione di tutto l'organismo al processo morboso, e di cui le principali sono dei tumori renali, cutanei, cardiaci. *R.*

Dott. PERUSINI. - Sul valore nosografico di alcuni reperti istopatologici caratteristici per la senilità. *Rivista Italiana di Neuropat. Psichiatria* ed *Elettroterapia.* — Aprile, 1911.

Le placche di Redlich-Fischer sono uno dei reperti dell'involuzione senile del cervello, caratteristico della senilità. Esse non mancano mai nei

cervelli dei dementi senili ed il loro numero, la diffusione e le dimensioni rappresentano un indice della gravità del processo involutivo, il quale però non risulterà che dall'esame istopatologico completo di tutte le parti ectodermiche e mesodermiche costitutive del cervello.

Su alcuni casi, sia su vecchi normali, che dementi e nelle forme atipiche della demenza senile individualizzate dall'Alzheimer si trovano le speciali alterazioni delle neurofibrille da lui descritte. Anche tale reperto accompagna l'involuzione senile cerebrale.

Lo studio delle placche Redlich-Fischer, delle alterazioni neurofibrillari dell'Alzheimer e delle altcrazioni vasali del Cerletti ed altri dati istopatologici e clinici confermano non esservi tra demenza senile e senilità normale netti confini clinici e ed anatomo-patologici, esservi invece fondamentali differenze fra demenza senile e arteroscierotica.

(Dagli Auto-riassunti e Riviste).

Dott. DE ALBERTIS. – L'azione dell'eserina sulla pupilla dei malati di paralisi progressiva. — *Note e Riviste di Psichiatria.* — 19 0.

In molti malati di paralisi progressiva (nel 46, 6 %) l'azione dell'eserina si esplica sulla pupilla in modo incompleto provocando una miosi molto meno intensa che nei sani. Tale miosi incompleta e frequente sopratutto nelle pupille in stato di forte midriasi, mentre è rarissima in quelle già di per loro stesse in stato di relativa contrazione. La miosi eserinica incompleta, quando esiste, è un segno ausiliare per il diagnostico della paralisi progressiva non verificandosi in nessun'altra malattia mentale.

(Dagli Auto-riassunti e Riviste).

Dott DE ALBERTIS, — Contributo allo studio delle lesioni istopatologiche nella corteccia cerebrale dei dementi precoci. — *Note e Riv ste di Psichiatria.* — 1911.

L'A. fa rilevare che le lesioni sono principalmente a carico delle cellule nervose e secondariamente della nevroglia e non dei vasi, caratterizzate da deformazione delle cellule con rigonfiamento. da cromatolisi, da picnosi nucleare con spostamento del nucleolo. Il lobo frontale presenta lesioni cellulari rilevanti diminuenti d'intensità dal polo frontale all'occipitale Queste lesioni non sono specifiche della demenza precoce, ma comuni ai processi prodotti dai tossici. sebbene si possa escludere esse dipendano dalla malattia intercorrente. spesso la tubercolosi, che è frequente causa di morte, dei dementi precoci.

(Dagli Auto-riassunti e Riviste).

Dott. Comparato. — Il ricambio purinico endogeno negli epilettici. — *Il Pisani.* — 1910.

L' A. da ricerche cliniche e sperimentali deduce che il chimismo urinario si compie in modo anormale nell' epilettico e ciò per alterazioni, alcune irregolari e transitorie, altre in rapporto con gli accessi convulsivi e coi loro equivalenti. Le prime riguardano le oscillazioni della quantità e del peso specifico, le seconde si riferiscono all' eliminazione dell' azoto totale e dell' azoto purinico.

Si potrebbe perciò, secondo l' A. presumere che gli stimoli anormali, probabilmente di natura tossica, i quali provocano le turbe epilettiche alterino anche il normale rapporto che regola le azioni fermentative ed antifermentative dei tessuti, generando così una maggiore disgregazione dei nucleo-proteidi organici.

(Dagli Auto-riassunti e Riviste).

Dott. Caramanna. — Le alterazioni del ricambio materiale nell' epilessia e nella confusione mentale. — *Il Pisani.* — 1910.

In questo lavoro l' A. con ricerche cliniche e sperimentali deduce che nell' epilessia si ha un rallentamento dei processi di ossidazione e di eliminazione, in parte compensato durante e dopo la convulsione; mentre nella confusione mentale riscontrasi un profondo turbamento nell' equilibrio del ricambio materiale dovuto a diminuzione del processo di ossidazione che va a beneficio dei processi di riparazione psicofisica durante la fase di miglioramento della malattia.

(Dagli Auto-riassunti e Riviste).

Dott. Pini. — Ricerche dell' acido glicosuronico negli Epilettici. — *Il Manicomio.* — 1910. - N. 2-3.

L' A. valendosi della tecnica usata dal Jollens per la ricerca dell' acido glicosuronico nelle urine, ha eseguito tali ricerche su ammalati affetti da frenosi maniaco depressiva, in dementi precoci e in epilettici. Ma realmente le ricerche finirono col residuarsi solo a quest' ultimi, giacchè solo in questi ammalati furono trovati con una certa frequenza i composti glicosuronici nelle urine.

L' acido glicosuronico ($C_6 H_{10} O_7$) è un derivato del glucosio, avente i caratteri degli aldeidi e degli acidi: esso rappresenterebbe un prodotto

intermedio del metabolismo degli idrati di carbonio e comparirebbe nell'orina quando esso sfugge alla completa ossidazione: la sua formazione sarebbe dunque del tutto analoga a quella del carbonato ammonico, prodotto intermedio anch'esso del metabolismo delle sostanze azotate. In certi organismi per la deficente potenzialità anatomo-fisiologica di dati organi e tessuti verificherebbesi una sosta nella completa trasformazione che le sostanze introdotte dovrebbero subire nell'organismo. L'A. ha appunto riscontrato su 105 prove eseguite su ammalati epilettici, 70 risultati positivi e 35 negativi, cioè precisamente la metà; invece su 72 esperienze eseguite in individui sani il rapporto si capovolge e si hanno 19 casi positivi e 63 negativi, cioè i casi negativi superano di più che $^{2}/_{3}$ i positivi.

Negli epilettici dunque si avrebbe una sosta nel metabolismo degli drati di carbonio e tale disquilibrio metabolico l'A. ha avuto occasione di osservare non solo prima, durante e dopo l'esplosione degli accenni epilettici, ma anche con relativa frequenza negli intervalli interparossistici, il che starebbe a significare che in questi individui esiste un disordine pressochè costante nelle loro funzioni metaboliche all'infuori del periodo premonitore e susseguente all'accesso.

Negli epilettici alle asimmetrie somatiche caratteristiche, e alle asimmetrie psichiche che formano l'appannaggio di questi ammalati, fanno riscontro singolari perturbazioni critiche del loro metabolismo organico, in eventuale dipendenza dell'alterato processo evolutivo negli elementi di speciali tessuti, per modo che essi trovansi in un permanente stato di generale disquilibrio: somatico, psichico, biochimico.

(Auto-riassunto).

PEDRO RAMON Y CAJAL. — Estudio anatomo-patologico de un caso de hidrocéfolo congénito. (Studio anatomo patologico di un caso di idrocefalo congenito). *Annales de Psiquiatria y Neurologia, Ano I, Num. 1, — Zaragoza,* - 1912.

L'A. così conclude:

1. Gli elementi costituenti del cervello, cellule e fibre, mostrano una marcata disorganizzazione nell'idrocefalo congenito, con distruzione di sostanza nervosa; tale disorganizzazione si avverte molto avanti che avvenga la dissoluzione delle regioni affette.

2. Questa distruzione, che può considerarsi come il prototipo della necrosi per liquefazione, è più accentuata nelle piccole e grandi piramidali che nei corpuscoli polimorfi e di Martinotti.

3. Le fibre corrispondenti al sistema di proiezione ascendente o sen-

sitive si conservano tuttavia apparentemente normali, anche quando i corpuscoli nervosi corticali hanno subito profonde alterazioni.

4. I fascicóli di Turk o via piramidale diretta, nascono dai lobuli temporali: deduzione chè offre la evidenza di un fatto rigorosamente dimostrato, inquantochè nel caso di idrocefalo che abbiamo studiato coesistevano i citati territori corticali, uniche porzioni cerebrali integre, con la via piramidale diretta che presentava i caratteri di perfetta integrità anatomica.

Rossi.

Dott. ATTILIO GENTILI. — « Le cellule interstiziali ovariche nella intossicazione alcoolica sperimentale (dal *Phatologica* n. 81-1912).

L' Autore rileva l' importanza degli elementi interstiziali dell' ovaio in rapporto alla sua funzione secretiva, e dice appunto che le cellule interstiziali vengono a costituire una vera glandola. In antecedenza l' A. stesso aveva praticato ricerche sulle possibili modificazioni della intossicazione alcoolica nella sostanza osmofila, ed aveva riscontrato che in animali tenuti in vita alcoolizzati, per lunghi periodi, si trovano sempre fallicoli primordiali in via di sviluppo in perfetta integrità. Nelle ovaie degli animali alcoolizzati, i fenomeni di regressione dell'apparato follicolare, si discostano molto poco dalla norma.

Più intensi i processi distruttivi si potevano talora osservare negli ovuli primordiali ed eccezionalmente nei follicoli più innanzi nello sviluppo. Gli ultimi studi, quindi, dell' A. furono diretti sull' aitra porzione della glandola sessuale femminile, dove pure risiede una complessa, importante funzione, vale a dire la interstiziale.

L' Autore introduceva in coniglie, circa 30, l' alcool per via ipodermica ed endovenosa in diluizioni del 25°|₀.

La dose introdotta (circa 1cc. di alcool assoluto per Kilogramma di animale) era ripetuta giornalmente od a giorni alterni. Dopo pochi minuti dalla iniezione si verificavano in ogni animale, fenomeni tipici di ubbriachezza. Qualche animale fu tenuto in vita fino e 3 mesi e 18 giorni. Appena morto l' animale, o sacrificato, si toglievano le ovaie e si fissavano nel liquido di Zenker, ed in quella di Flemming.

L'Autore venne a queste conclusioni, che cioè l' introduzione di alcool endovenosa e sottocutanea, protratta sulle coniglie per un certo tempo, determina nell' ovaio modificazioni strutturali nel connettivo e nei vasi, che si ripercuotono indirettamente nella glandola interstiziale. Direttamente poi l' alcool pare agisca invece alterando la normale funzione secretiva degli elementi interstiziali.

Gaspardi.

NOTIZIE

Le polemiche sui fatti del Manicomio di Quarto al Mare.

Sono noti, perchè i giornali politici ne hanno fatto grande scalpore, i fatti riguardanti quella signora degente nel Manicomio di Genova che fu per l'arbitrario intervento del prof. Bossi e per l'abuso di potere del medico provinciale fatta uscire dal Manicomio e collocata nella clinica ginecologica.

Il Consiglio Provinciale di Genova ad unanimità, meno uno, approvava il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio Provinciale udite le comunicazioni della Deputazione Provinciale nel caso della ricoverata Bianca Soci, deplorando che infondate accuse pubblicamente dirette ai medici del Manicomio abbiano suscitato un gravissimo e ingiusto allarme nella cittadinanza, approva la condotta del corpo sanitario e passa all'ordine del giorno ».

A questo proposito il prof. Tamburini, con molta opportunità, mette in rilievo il punto forse più importante della questione in quel periodo sollevatasi e cioè quello che riguarda l'intervento e i poteri del medico provinciale nel Manicomio.

A tale riguardo egli scrive: « Noi siamo pienamente dell'avviso espresso dai professori Mingazzini e Morselli, che, avendo per legge il *medico Direttore la piena autorità e l'intera responsabilità dell'andamento sanitario e disciplinare del Manicomio,* egli possa essere punto obbligato a sottostare ai voleri del funzionario sanitario della Prefettura e tanto meno di medici che sieno consiglieri Provinciali. La sorveglianza tecnica sui Manicomi è affidata per legge alla Commissione di vigilanza, la cui compe-enza e autorità è integrata dalla presenza del medico alienista che ne fa parte: il Medico Provinciale da solo, se pure può eventualmente ingerirsi nelle questioni concernenti il lato puramente igienico degli istituti sanitari, non può avere nessun diritto di ingerirsi e tanto meno d'imporsi in que-

stioni strettamente psichiatriche, tecniche e disciplinari, nelle quali o non ha competenza, o che fuoriescono completamente dalle sue legali attribuzioni.

Su tutte qaeste scottanti questioni è stato chiesto l'intervento della Società Freniatrica Italiana, quale tutrice suprema degli interersi scientifici e tecnici degli Istituti Manicomiali e di quelli che vi sono ricoverati·

Ed infatti l'interessante argomento è già posto all'ordine del giorno della prossima riunione del Consiglio Direttivo della Società Freniatrica ».

E noi che intieramente con lui e con i Professori Morselli e Mingazgazzini conveniamo, consci della grande ed assillante responsabilità unicamente gravante il Medico Direttore (poichè egli solo è per il pubblico il capo espiatorio di quanto può avvenire nel suo istituto), ci auguriamo che l'intervento della Società Freniatrica sia veramente fattivo e la sua tutela possa riuscire veramente efficace per la classe dei medici alienisti che *pochi* e *divisi* offrono il fianco aperto alle prepotenze a cui da molte parti sono quotidianamente esposti.

A.

Le psicopatie femminili.

(Risposta del Prof. TAMBURINI *al Proc. Gen. Comm.* CALABRESE*).*

Nel discorso inaugurale dell' Anno giuridico alla Corte d' appello di Roma, pronunziato dall' on. Procuratore generale comm. Calabrese, quale è pubblicato nel n. 6 del *Messaggero* nella parte riferita, a quanto pare testualmente (poichè le parole vi sono virgolate), riguardante la criminalità e le psicopatie femminili, si trovano delle frasi relative a me ed ai miei colleghi professori *Bianchi* e *Mingazzini*, che non posso far passare sotto silenzio.

Innanzitutto e con vera meraviglia che veggo un Magistrato, per quanto egregio e rispettabile, che intende erigersi a giudice per decidere una questione d'ordine strettamente scientifico e clinico, sulla quale il parere di scienziati e clinici, che per la loro lunga esperienza hanno diritto ad essere ritenuti competenti, sono ancora discordi, quale è quella *delle affezioni ginecologiche può arrecarvi reale giovamento.* Questione tutt' ora tanto discussa, che lo stesso Congresso ostetrico-ginecologico testè tenuto a Roma, di cui era questo il principale tema, e in cui ebbe luogo un' ampia discussione (che l' on. Procuratore generale ha torto di giudicare *non serena*, poichè più serena ed elevata non poteva essere; mentre la ragione di giudicarla *non esauriente*, poichè appunto non fu, nè poteva essere esaurita), stabilì di nominare una Commissione composta di ostetrici, gi-

necologici e psichiatrici, e di cui mi si è fatto l'onore di chiamarmi a farne parte; la quale riprendo lo studio dei *Rapporti fra le malattie nervose e psichiche femminili e le malattie genitali,* e riferisce sui fatti di propria osservazione ad un prossimo Congresso.

Ma l'on. Procuratore generale cade in un vero errore, quando ritiene che io ed i miei colleghi psichiatrici, siamo *contrari* alla tesi, che i *disturbi della psiche nella donna, possono trovare il movente occasionale nelle malattie genitali.* Mentre invece in questa tesi generale, e risulta anche dai sunti dei nostri discorsi pubblicati nei giornali, ci siamo trovati tutti d'accordo, e in ciò lo furono sempre i Nevrologi e Psichiatri, ed io citai trattati antichi e moderni di psichiatria; nei quali è pienamente affermato questo principio, che ora si vorrebbe far passare come una *peregrina scoperta!* Ed esso fu ed è sempre attuato con le sue applicazioni pratiche, da ogc niultore della Nevrologia e della Psichiatria, col sottoporre all'esame e alla cura del Ginecologo, i casi in cui si possa avere solo il dubbio, che un' affezione genitale, possa influire sulle condizioni morbose psichiche o nervose.

Ma quello a cui noi ci opponiamo, e non solo noi Psichiatri e Nevrologi, ma gli stessi Ginecologici di maggiore autorità ed esperienza, prima fra essi il sen *Mangiagalli.* si è all'esagerazione della tesi, al sostenere cioè, che la *grandissima maggioranza delle malattie nervose e mentali delle donne, sieno prodotte da affezioni ginecologiche, e che le cure locali guariscano la maggior parte di quelle malattie,* e contro le applicazioni pratiche che se ne vorrebbero dedurre, che cioè *tutte* le donne affette da disturbi psichici, *debbano,* prima di entrare in cura nelle case di salute o nei manicomi, esser visitate e curate ginecologicamente, e che negli stessi istituti ginecologici, vi debbano essere delle specie di *anticamere manicomiali* per i casi di pazzia.

Queste esagerazioni di concetti o di proposte sono, in vero, antiscientifiche, perchè non comprovate dall'osservazione serena e spassionata dei dei fatti, e non corrispondenti quindi alla realtà e alla praticità; poichè quelle proposte, come io dimostrai, sono basate su concetti *erronei,* sono spesso *inattuabili,* raramente *dannose* e sempre *inutili;* perchè quando si tratta di casi di malattie mentali acute con pericolo a sè e ad altri, l'urgenza è nel ricoverare le malate in quegli Istituti di custodia e di cura, dove con tutte le altre cure, anche quelle ginecologiche possono essere, e sono infatti attuate, chiamando, quando occorra, gli specialisti, e che ormai, cessati i vieti pregiudizi, non sono più considerati come luoghi di prigionia e di disonore; ma come istituti di cura inspirati alla scienza e alla carità.

Ma dove l'on. Procuratore generale eccede il segno, si è quando ci

accusa di *gelosia* derivante da *inframmettenza d' una scienza nel campo dell' altra, o di inversione percettiva.* Ma come si fa a parlare di *gelosia e inframmettenza d' una scienza verso l' altra,* quando sono gli stessi ginecologici e dei più valorosi, come il *Mangiagalli* e il *Pestalozza,* che si oppongono vivamente all' esagerazioni *Rossiane?* È d' inversione *percettiva,* quando noi pure ammettiamo i principi ed i fatti che restano nei confini del giusto e del vero, e ci opponiamo solo alle infondate e passionate esagerazioni?

Noi crediamo, che l' on. Procuratore generale, farebbe bene ad attendere prima di erigersi a giudice in una questione così grave e così estranea alla sua nota competenza nelle proprie materie, che altri studi ed altri fatti ed in gran numero, serenamente e coscienziosamente vagliati da chi ha i mezzi e l' opportunità di osservarli, vengano a risolvere la questione scientifica e a fissarne le giuste applicazioni pratiche.

Però intanto noi cultori della Psichiatria forense e dell' Antropologia criminale, possiamo da queste informazioni, per quanto non esatte, di un autorevole Procuratore generale, trarre non lieve conforto e congratularci, nel rilevare quale grande cammino abbiano ormai percorso i concetti già tanto combattuti dei nostri maestri *Virgilio* e *Lombroso,* sulla *natura morbosa del delitto,* quando nella solennità dell' inaugurazione dell' Anno giuridico, vediamo dal Magistrato affermare in modo così assoluto la dipendenza della criminalità da condizioni morbose dell' organismo!

(*Giornale d' Italia* del 12 gennaio 1912).

Prof. A. Tamburini.

Lega Internazionale contro l' epilessia.

La Lega Internazionale contro l' epilessia, presieduta dal prof. Tamburini, terrà la sua prossima riunione in Zurigo, nei giorni 6 e 7 settembre p. v.

Il giorno 6 si terrà, sotto la presidenza dello stesso prof. Tamburini, la prima adunanza per la trattazione degli affari particolari della Lega (nomina dell' ufficio di Presidenza, esame dello statuto, Comitati nazionali, ecc.).

Il giorno 7 avrà luogo, sotto la presidenza del prof. Forel, la riunione scientifica in cui saranno discussi i seguenti temi:

1. — *Alcoolismo ed Epilessia* (Binsvanger, Tamburini).
2. — *Cura declorurante dell' Epilessia* (Donath, Uhlrich, Balint)
3. *Secrezioni interne nell' Epilessia* (Ciande).

Vi saranno poi speciali comunicazioni del prof. Turner, Sommer, Mingazzini, Munson e Muskens.

I membri dei vari Comitati nazionali della Lega che intendono inviare comunicazioni, o intervenire alla riunione. sono pregati di dirigersi al Segretario generale dott. Muskens (Amsterdam, 365 Overtoom).

I provvedimenti contro l'alcoolismo.

In questi giorni è stato distribuito, a domicilio, ai deputati il disegno di legge, già approvato dal Senato, contenente « provvedimenti per combattere l'alcoolismo » che, secondo l'on. Giolitti, segna « un primo, ma deciso passo nella via della repressione dell'alcoolismo » che va facendo in Italia progressi impressionanti.

Basta pensare che, mentre dal 1887 al 1908 nonostante l'aumento della popolazione di circa quattro milioni e mezzo, la cifra assoluta annua dei morti per alcoolismo cronico non solo non è diminuita ma è all'incirca raddoppiata da 434 a 897 e che, nell'ultimo ventennio il numero dei maniaci per alcoolismo è cresciuto da 4.51 a 14.30 ogni cento ricoverati per tutte le forme di pazzia.

Quale la causa di questo flagello delle menti e dei corpi. L'uso smodato delle bevande alcooliche che è cresciuto da 41.000 ettolitri nell'esercizio 1888-1889 a ben 625.000 ettolitri nell'esercizio 1908-1909 e il conseguente cresciuto numero di pubblici avvelenatoi rappresentati dagli spacci di bevande alcooliche saliti da uno sopra 175 abitanti nel 1904 a uno ogni 151 nel 1909 notando che in queste cifre di 175 e 151 abitanti si comprendono anche i fanciulli al disotto dei sette anni, i quali non sono certo dei consumatori d'alcool.

*
* *

Il progetto di legge è noto perchè è simile a quello votato dal senato e si basa su questi capisaldi:

1. Per vendere bevande alcooliche occorre, altre alla solita licenza, avere una speciale autorizzazione prefettizia.

2. Sono considerate bevande alcooliche nocive all'organismo, quelle che superano il 21 per cento di alcoolicità, quindi sfuggono alle nuove limitazioni quasi tutti i vini nazionali.

3. Una speciale commissione provinciale ha facoltà di determinare le norme generali circa gli orari di chiusura e di apertura di tutti gli esercizi pubblici.

4. Nessuna nuova licenza per apertura di qualsiasi esercizio potrà

essere concessa nelle località in cui questi sieno già in numero tale da superare il rapporto di uno per 500 abitanti.

5. È vietata la fabbricazione, importazione, vendita o deposito dell' assenzio.

6. È privato dei diritti elettorali il beone condannato due volte per ubriachezza molesta e repugnante, o che una volta sola per delitto commesso in stato di ubbriachezza.

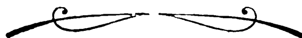
*
* *

Certo è questo un primo passo, ma dubitiamo che sia decisivo se non si limitano le ore di apertura degli spacci nei giorni festivi, e soprattutto se, con opportuni gravami fiscali, non si costringono i venditori ad applicare prezzi proibitivi agli alcoolici di maggiore consumo popolare.

Quando il bicchierino di grappa invece di cinque centesimi ne costerà quindici, si noterà subito una diminuzione nel consumo come si è notata in Inghilterra da che sono stati applicati i nuovi oneri fiscali sugli alcoolici e sugli spacci.

Nel 1905 il numero totale delle licenze degli spacci di alcoolici era in Inghilterra 124.883 pari a 36.74 per 10 0 0 abitanti; nel 1910 era sceso a 116.922 pari a 32.67 per 10 mila abitanti. Invece va aumentando il numero dei clienti che è salito nello stesso periodo da 6589 e 7536 cioè da 1.94 a 2.11 per ogni 10 mila abitanti.

Non solo, ma è diminuito in tutta l' Inghilterra e specialmente in alcuni posti il numero dei beoni colti dalla pazzia e processati da 169.5.8 a 161 992 cioè una diminuzione del 4.44 per cento. Fa eccezione Londra che ha avuto un aumento del 7.91 per cento.



CONCORSI.

Il Concorso del Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere chiudesi al 31 Dicembre 1912, per *una scoperta ben provata sulla cura della Pellagra* — Premio L. 2500.

A Palmanova (Udine) il 28 Gennaio, nella succursale femminile del Manicomio, un'ammalata, eludendo la sorveglianza, si cagionava la morte con l'ingiestione di una forte quantità di laudano.

A Udine la terna è riuscita così composta: Ugolotti, Muggia, Volpi-Gherardini.

Per la cattedra di Nevropatologia a Torino la Commissione giudicatrice del concorso ha deciso ad unanimità di proporre la nomina del prof. C. Negro.

A Macerata hanno concorso i colleghi Righetti, Lugiato, Sciuti, Ruata, Muggia, Garbini, Scabia, Maggiotto, Lener, Prisco, Pardo, Modena, Patini.

La terna è riuscita composta: Righetti, Lugiato, Scabia. Nominato *Lugiato.*

Il Prof. Pelizzi è stato incaricato per il corrente anno scolastico dell'insegnamento della medicina legale nella Università di Pisa.

Il Prof. D' Abundo è stato pure incaricato per l'anno in corso dell'insegnamento della medicina legale nella R. Università di Catania.

La Commissione nominata per studiare e riferire intorno alla questione psichiatrico-ginecologica, è composta dei professori Bianchi, Bossi, Mangiagalli, Mingazzini, Pestalozza e Tamburini.

E. Ferri nell'aula del circolo giuridico del Palazzo di Giustizia a Roma, ha tenuto una applaudifissima conferenza sul tema: « *La giustizia penale nel secolo XX* » sostenendo strenuamente la scuola positiva.

Il Prof. Agostini, invitato dal Comitato dell'Esposizione internazionale d'igiene in Roma, terrà una conferenza su « gli Eredo alcoolisti ».

Il Prof. Morselli ha già tenuto una conferenza sull'uomo dell'avvenire ed il prof. Foà sull'educazione sessuale dell'infanzia ecc.



NECROLOGIE.

Il giorno 26 Dicembre a soli 38 di età tragicamente si spezzava la cara esisienza del Chiaro collega, dell' amico buono

Prof. Dott. Giovanni Esposito

Direttore del Manicomio Prov. di Macerata.

A Lui che seguendo l' impulso dell' anima nobilissima correva in aiuto di povere pazze morenti per avere urtato contro il filo conduttore di altissima potenzialità elettrica, la morte troncava fulminea, con i moti del cuore generoso, a 38 anni di età un avvenire di studi fecondi. di benessere invidiabile con il padre suo, colla diletta sua donna, colla bambina adorata.

Nato a Catania il 1873 e laureatosi nel 1897 dalla Clinica psichiatrica del prof. D' Abundo dove fu assistente passò al Manicomio di Nocera, di poi a quello di Brescia e quindi nominato primario a Macerata vi fu eletto Direttore per concorso nel 1908.

Ebbe, come pur troppo avviene oggi, più che per il passato, nel difficile e insidiato officio della Direzione di un grande istituto, a superare grandi difficoltà, a sostenere lotte non certo serene che grandemente lo amareggiarono pur non riuscendo a distoglierlo dai suoi studi nei quali insieme alla notevole cultura scentifica ed alla grande vivacità dell' intelletto univa un senso critico non comune.

Ricordo la sua gradita presenza nel Congresso nostro a Perugia e nel lasciarci egli, acquetate ormai le ore di tempesta, mi parlava delle riforme che intendeva portare ai vari servizi del suo istituto che formava tutto il suo ideale e mi lasciava con la promessa di ritrovarci a Palermo.

Povero amico... a Palermo dovremo commemorare la immatura e tragica tua fine! **Agostini.**

Nel rinnovare al padre ed alla vedova desolata l'espressione della maggiore nostra condoglianza riportiamo il nobile manifesto che l' On. Deputazione Provinciale di Macerata emanò alla cittadinanza nel giorno in cui si celebrarono solenni funerali all'egregio estinto.

« Ieri, mentre cercava di salvare da orribile morte tre misere inferme, si spense la nobile vita del Prof. Giovanni Esposito, Direttore del Manicomio Provinciale, vittima del proprio dovere.

« Valente e operoso cultore della scienza psichiatrica da quattro anni dava al nostro istituto tutto il suo alacre spirito, tutta l' azione sua illuminata e saggia.

« La rettitudine impareggiabile, il carattere fermo, l' animo gentile e mite, gli acquistarono stima e affetto profondo da quanti sentono la religione del giusto, dell' onesto, del buono e del dovere sempre ad ogni costo compiuto.

« E a questo uomo, fulminato nel rigoglìo degli anni, che nell' impeto generoso di un pensiero altruistico, seppe sacrificarsi e morire, noi vogliamo offrire oggi, commossi e grati, il maggior tributo d'onore, additandolo a memorabile esempio di storica virtù.

« Macerata, 27 Dicembre 1911.

« *La Deputazione Provinciale* ».

Nel Decembre u. s., si è spento, in età di 57 anni, il prof. **Alberto Severi,** Professore di Medicina Legale nell'Università di Genova. Allievo del Filippi, collaboratore con lui e col Borri del Trattato di M dicina Legale e fondatore in Genova di una scuola per i Periti Medici Giudiziari, fu in Italia uno dei più valorosi cultori della Medicina Forense e arrecò importanti contributi anche alla Psichiatria forense specialmente nelle questioni d'infortuni e di capacità civile.

A soli 26 anni si è spento in Pavia il 19 Febbraio di questo anno, **Adelchi Negri,** assistente nel Laboratorio di Patologia generale e Professore incaricato di microbiologia in quella Università. Era ancora studente quando, in alcune pubblicazioni, di Ematologia e Citologia, rivelò un profondo spirito di osservazione e una rara sicurezza sull'apprezzamento dei fatti. Fu il primo a dimostrare l'esistenza sulle cellule del pancreas e delle ghiandole salivari, di quell'apparato reticolare interno che **Golghi,** poco prima aveva veduto nelle cellule nervose, aprendo la via a nuove ricerche e validamente contribuendo alla soluzione del problema che riguarda il significato morfologico e funzionale di questa interessante particolarità di struttura.

Ma, senza dubbio, gli studi più importanti, che hanno valso a procurargli grande rinomanza sono quelli sulla infezione rabbica e che lo condussero a scoprire nelle cellule dei centri nervosi, speciali corpi di complicata struttura, appartenenti al gruppo dei Protozoi e che ritenne specifici della malattia.

Anche nel campo dell'Igiene, **Adelchi Negri** lascia tracce durature della sua attiviià; ne fanno ampia fede gli studii batteriologici di alcuni focolai di dissenteria epidemica nell' Agro Pavese e il grande esperimento di lotta iniziato contro la malaria.

Adelchi Negri, oltrechè per il suo alto valore intellettuale, lascia lunghissimo rimpianto di se anche per la mitezza dell'animo, e per la insuperabile modestia.

Alla fedele e sventurata compagna della sua vita, che fu pure sua preziosa collaboratrice, l'espressione del nostro vivo e sincero dolore.

Il dott. **Achille Carini** cessava di vlvere all'età di 50 anni nel Marzo decorso. Era Direttore pel Manicomio di Vogherà, per il buon andamento del quale aveva dedicato tutta la sua opera e la sua attività.

INDICE DEL VOLUME

INDICE DEL VOLUME V

XIV Congresso Freniatrico Italiano.

NOTA — I lavori segnati con asterisco sono pubblicati integralmente negli annali, degli altri s'è fatto un sunto.

Temi d' indole generale.

MEMORIE ORIGINALI.

AUTORIASSUNTI E RIVISTE.

NOTIZIE.

Anno VI — Gennaio-Giugno 1912 — Fasc. I-II

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia



DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell' Università di Perugia

Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA

TIP. UMBRA G. BENUCCI E C.

1913

Anno VI Gennaio-Giugno 1912 Fasc. I-II

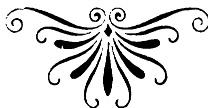
Perugia, Italy

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE
Dott. CESARE AGOSTINI
Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell' Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA
TIP. UMBRA G. BENUCCI E C.
1912

MANICOMIO PROVINCIALE DI BERGAMO

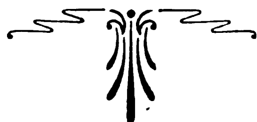
DIRETTO DAL DOTT. S. MARZOCCHI

Intorno ad alcuni casi acuti e cronici

RICERCHE ANATOMO - PATOLOGICHE

DEL DOTTORE

ALBERTO ZILOCCHI



Studiando minutamente, dal lato anatomico, alcuni soggetti venuti a morte in questo Manicomio, in giovane e tarda età, per malattie acute e secondarie mi imbattei in alcuni reparti interessanti e che (almeno mi sembra), portano qualche elemento che potrà essere utile alla risoluzione di alcuni problemi anatomo-patologici delle psicosi, specie per quanto riguarda la localizzazione de' sintomi morbosi, problema attualmente in molte guise indagato. (1)

Per questo mi sono indotto a rendere noti i risultati delle lunghe e pazienti ricerche compiute.

PRIMO CASO. — Testori Palmira d'anni 21 di Carlo, nubile di Taleggio, contadina.

Eredità compromessa, intelligenza media, Pubertà a 16 anni, tributi mensili regolari in tutto. Tifoide pregressa.

Ha presentato il quadro del delirio acuto, con lieve febbre. Fu ricoverata il 26 Febbraio 1911, morì per esaurimento il 6 Marzo dello stesso anno.

L'autopsia fu praticata da me, 24 ore dopo la morte e con i seguenti risultati.

Soggetto bene conformato, pannicolo adiposo e stato muscolare bene sviluppato, calotta cranica di spessore assai limitato

(1) Notevoli i tentativi di differenziare i costituenti chimici organici delle diverse zone del cervello (A Marie) e lo studio parallelo tra lesione cellulare e costituente chimici (Mott)

anche al di fuori delle impronte dei corpuscoli del Pacchioni. Forti adesioni della dura, congesta, seni ripieni, in parte, di sangue. Poco liquido negli spazi subaracnoidei e nei ventricoli laterali. Pia congesta assai, torbida, adesa alla polpa in modo che staccandola si producono lacerazioni della corteccia. Più spiccata la congestione nella regione parietale in corrispondenza del lobo parietale (inferiore) e dei giri angolare e parietale posteriore di sinistra. La sostanza cerebrale è in toto fortemente congesta ed edematosa.

Lo stesso può dirsi del midollo. Non altre lesioni macroscopiche. Togliendo la pituitaria si nota, nella sella turcica, un trasudato siero fibrinoso, simile a gelatina, che comprime, nella parte mediana, la glandula, che presenta la forma, quindi, di barchetta. Nulla appare alla sezione dell'organo. Tiroide integra. Pleura leggermente adesa nella parte infero-posteriore di destra. Edema polmonare ed ipostasi nei lobi inferiori. Poco liquido nel pericardio Cuore integro in toto; ricoperto per buon tratto di uno strato di grasso di un certo spessore, Fegato congesto e di colore noce moscata. Milza congesta, capsula ispessita. Ventricolo ripieno di liquido, mucosa integra, idem dell'intestino Reni pallidi, specie nella regione corticale. Capsule normali. Utero in latero flessione destra. Ovaia normale, idem della vescica. Gangli addominali piccoli. Si asportò dal cadavere tutto il sistema nervoso centrale, le glandule a secrezione protettiva, e porzioni di tutti gli organi della vita vegetativa e di riproduzione. Si asportò anche una porzione di capsula articolare del ginocchio destro. Si fissò il sistema nervoso in alcool a 90° e formalina al 10 %.

Alcune porzioni delle varie regioni si sono fissate in Flemming (forte), in Muller per lo studio delle fibbre nervose e per le degenerazioni. Per lo studio dei prolungamenti cellulari, in questo caso, ci servimmo del metodo Cox. Per le fibrille del metodo IV del Donaggio. Pel sistema nervoso si adottò di preferenza la colorazione delle tiazine (tionina toluidina bleu di metilene) secondo il metodo Nissl. Si usarono anche i vari colori nucleari comuni, ematossilina di Ehrlich, saffranina, il car-

minio alluminato, le colorazioni doppie, il Van Gieson, e la Dhalia, il metilcrisalbleu ecc. Per la neuroglia ci servimmo del metodo Weighert.

Il sistema nervoso si studiò in tutte le sue parti, e, per non essere tratti ad erronei apprezzamenti, si colorarono le sezioni leggermente ed intensamente, con soluzioni più o meno concentrate, lasciando agire i colori e il riduttore (col metodo Nissl) più o meno lungamente.

I risultati dei vari esami furono diversi nelle singole zone studiate; tuttavia terrò conto solo delle lesioni più accentuate e importanti, dando un riassunto delle medesime.

Col metodo Nissl, pel midollo, si nota ipercolorazione delle cellule motorie ovunque, non altro. Qualche prolungamento troncato, qualche cellula tendente alla forma rotonda. Qualche apparecchio nucleare eccentrico, con degenerazione nera o ipercolorato, specie nelle colonne di Clarke. Più lese le cellule delle corna posteriosi, piccole, con nucleo largo, scarso protoplasma e i prolungamenti si vedono raramente. Cellule della neuroglia normali. Cellule giovani in buon numero attorno ai vasi della regione periependimale. Vasi numerosi e non degenerati tra la pia e la sostanza bianca; specie nella regione cervicale, vi è abbondanza di sangue, anche fuori dei vasi, globuli bianchi, fibroblasti grossi, a nucleo rigonfio e granuloso, cellule plasmatiche e qualche matzellen. Alcune cellule delle maglie del connettivo sono in preda a degenerazione ialina. In genere lesioni più accentuate nel midollo lombare e dorsale.

Bulbo. — I nuclei dell'XI e XII hanno cellule solo ipercolorate. Quelle del funicolo cuneato, alcune rotonde e presentano netta la reazione del Nissl. Gli elementi della radice posteriore, mostrano lesioni simili a quelle riscontrate nel midollo. Pressochè normali il nucleo ascendente del V. In sezioni più alte (metà delle olive) qualche cellula del XII atrofica e con abbondante pigmento nero. Le cellule del X in genere piccole rotonde e con frequente spostamento del nucleo. Il nucleo dell' ambiguo ha elementi chiari e le zolle cromatiche poco evidenti.

Le cellule del V, del funicolo gracile e cuneato, sono spesso piccole, poco colorate, rotonde, e con nucleo lateralizzato, lesioni distribuite a gruppi. Quelle del nucleo sopraolivare lasciano vedere anche leggera cromilisi perinucleare in alcune, in qualche rara cromolisi totale.

Nel bulbo tutto, si mettono in evidenza anche infiltrazioni pericellulare di elementi giovani in vari punti specie attorno ai vasi. Tale reparto spicca in corrispondenza dei nuclei del VII e VIII. In genere questi non sono lesi gravemente, solo qualche cellula del nucleo del Deiters presenta cromolisi e vacuolizzazione. Scarse le cellule del VI, ma poco lese. Il nucleo del IV e III non presentano alterazioni da doverne tener calcolo.

Lo stesso dicasi delle cellule della sostanza ferruginea e del locus niger. Le cellule sparse del peduncolo sono piccole e assotigliate. Nulla alle cellule proprie del ponte. Qualche cellula dei corpi genicolati rigonfia. Nulla di importante alle capsule interne. Le cellule del talamo, nella grande maggioranza, sono normali, solo qualcuna presenta leggera ipercolorazione del nucleo e laterizzazione di questo, e la cellula allora assume forma rotonda. Qualche elemento è circondato da cellule neurogliche, qualcuna scomparsa. Idem per i gangli striati. Ma le lesioni più spiccate e tipiche si riscontrano nella corteccia di cui riassumeremo i reperti.

Alle prefrontali. — Le cellule sono tutte rigonfie, rotonde, con nucleo grande vescicoloso, con scarse zolle cromatiche senza prolungamenti. Solo qualche grossa cellula piramidale ha conservato la forma. Il nucleo, in sezioni bene colorate, appare spesso in carioressi. Ma la lesione più accentuata, in questa reazione, è a carico degli ultimi strati, specie delle polimorfe e fusiformi. Oltre che meno colorate le cellule sono spesso circondate e invase e sostituite da numerose cellule plasmatiche e giovani. Si rileva anche, in modo veramente evidente, come tali lesioni siano più accentuate nella sostanza bianca ove la ricchezza delle cellule della neuroglia e giovani è veramente notevole, specie attorno ai vasi », che in genere sono numerosi. Alcuni dovuti a

processo di neoformazione. Non sono però lesi nelle tuniche. Solo qualche nucleo dell'intima è degenerato. Le lesioni a carico delle cellule, specialmente, diminuiscono di intensità portandoci verso le zone rolandiche. Poco evidente le alterazioni nella 3ª. frontale, nelle orbito-frontali e nell'insula.

Nelle zone motorie non si notano alterazioni molto spiccate delle cellule; solo si rileva, in alcune, iporcolorazione, in varie pigmento nero qualcuna rigonfiata, e rotonda. In qualche punto si rileva l'abbondanza delle cellule giovani e plasmatiche, attorno alle cellule.

I vasi sono normali; neila frontale ascendente destra si vedono abbondanti globuli bianchi.

Nel lobo parietale le alterazioni cellulari sono simili o si avvicinano a quelle delle circonvoluzioni del polo frontale. Le più conservate sono le grosse piramidali. Le alterazioni, a carico degli ultimi strati, sono però meno accentuate. Tra la meninge e il 1.º strato corticale, si rileva notevole numero di cellule giovani e globuli bianchi e qualche linfocito nei vasi. I prolungamenti cellulari si vedono spesso e appaiono normali.

Anche le cellule occipitali hanno caratteri simili a quelle frontali. Si ha in più che alcune cellule, specie piramidali, contengono pigmento nero. E la neuronofagia è minore.

Anche le zone temporali sono alterate, e le lesioni cellulari sembrano uguali e più uniformi di quelle riscontrate nelle altre zone associative. Si nota in alcune anche un certo grado di cromolisi. Nelle circonvolozioni dell'Ippocambo le cellule sono piuttosto rotonde. Nel cuneo, lobo quadrilatero ecc. le lesioni sono identiche alle rispettive regioni a cui appartengono.

Le cellule del cervelletto, in genere, presentano lesioni non molto gravi. Quelle dello strato molecolare turgide, in qualche punto le cellule del Purkinie sono rare e in qualcuna vi è cromolisi. Nello strato dei granuli, specialmente, spiccano per vivacità di colorito, le cellule numerose dell'avventizia edello spazio linfatico perivasale.

Anche la pia quivi si mostra in preda a modico processo

infiammatorio. Nelle sezioni trattate con il metodo Flemming, non si rilevano fatti diversi nè interessanti, in modo particolare. Anche dal materiale fissato in Muller non si traggono reperti notevoli. Nelle parietale le cellule giovani (pericellulari) appaiono numerose in tutti gli strati.

Con il metodo Cox, nelle zone ove la colorazione è bene riuscita, non si notano lesioni dei prolungamenti, solo qualcuno è tortuoso e bernoccoluto. Attorno alle cellule si rilevano spesso corpi neri, rotondi, lo stesso reperto si osserva attorno ai vasi. I dentriti presentano le spine retratte, anche in preparati recenti. Col metodo Donaggio, non sempre si riuscì a mettere in mostra le fibrille. In alcune cellule si vede una rete a maglie larghe, rete spesso rotta. Non si poterono quindi stabilire, raffronti tra le diverse zone.

Con il metodo Marchi si rilevano i seguenti fatti: qualche rara cellula con pigmento nero nel midollo sacrale e lombare, qualche fibbra rara degenerata nei fasci posteriori (midollo cervicale). Nel bulbo e ponte, qualche cellula con pigmento nero e materiale degenerato attorno ai vasi.

A carico della corteccia, si nota poca degenerazione endocellulare nelle frontali, fatti simili nelle altre regioni. Il reperto più interessante è a carico dei vasi. Nclla regione frontale si notano nel lume molte sfere nere e nelle tuniche stesse si sono accumuli di pigmento nero. Tali fatti sono meno accentuati nelle zone rolandiche, ancora meno spiccati nelle circonvoluzioni temporali. Nelle occipitali solo qualche vaso presenta il reperto suddetto. Nelle zone parietali i fatti di degenerazione sono identici per gravità ed estensione a quelli delle zone frontali. Le cellule che si riscontrano nel lume e nelle guaine linfatiche perivasali sono granulose. Anche i vasi del cervelletto presentano sostanze lipoidi degenerate nel lume e attorno al vaso. Le fibbre mieliniche studiate col metodo Pal, non si mostrarono, in complesso molto leso. Solo in qualche punto della corteccia, specie dello strato delle fibbre tangenziali, alcune sembrano rigonfie.

La neuroglia, studiata, come si disse, col metodo elettivo di

Weighert, si mostra ricca specie nella sostanza bianca. L'addensamento dei nuclei e fibbre della neuroglia appare evidente anche nel 1. strato.

Organi extranervosi. — La tiroide, dopo ripetuti esami, non mostra che qualche cellula colorata in nero dall'acido osmico. Granuli fucsinofili in numero normale e così dicasi del secreto follicolare. In breve lesioni insignificanti. Alcune zone limitate delle surrenali, specie nel 3. strato della corticale, non assumono il colore. Qualche emorragia capillare nel 3. strato suddetto. Nulla appare all'esame della pituitaria. Lo stesso si può dire del cuore. I reni sono colpiti da tipica degenerazione torbida in varie aree, rispettati i glomeruli. Pancreas normale. Milza con follicoli piccoli, si vedono grossi polinucleati. Nei vasi molti nucleati. Nulla di importante al fegato ed utero, ovaio. In questo organo si notano varî follicoli in diversi stadi. Nessuno completo. Dall'esame della capsula articolare, si rileva solo che qualche punto della sinoviale ha cellule più numerose ed addensate, però fatti insignificanti.

Con il trattamento osmico, la pituitaria mostra solo qualche granulo nero in rare cellule. Fatti di degenerazione leggera nelle surrenali e solo nel terzo strato della corticale. Della tiroide già si disse. Nella milza sono colorati in nero solo i grossi elementi figurati, alcuni dei quali sembrano disfatti, altri granulosi con nucleo centrale poco colorato. Più evidente il reperto attorno ai vasi Cuore e carotide integri. Al fegato si rilevano fatti di degenerazione grassa nodulare in alcune aree.

Nell'ovaio, in seguito a rottura dell'ultimo follicolo, si vedono cellule granulose, con elementi degenerati.

Nei vasi dell'utero si rilevano cellule rotonde, nere piccole. Solo in qualche tubulo renale, l'epitelio è degenerato, ma la lesione è limitatissima. Nulla di notevole al polmone e al muscolo della coscia, alla capsula articolare. Nell'intestino, nelle sue varie porzioni, non si rilevano fatti patologici.

*
* *

Il reperto interessante riscontrato, specie a carico del sistema nervoso centrale, mi spinse a continuare le indagini in altri casi acuti. Pur non essendo gli esami ancora completi possiamo riferire alcuni risultati che fanno al caso nostro.

SECONDO CASO *(acuto).* — Rossetti Teresa del fu Pietro di anni 34 di Romano, maritata, senza prole.

Ereditariamente tarata, il padre morì al Manicomio. Nulla di importante nell'anamnesi. Senza cause esogene, la Rossetti fu colpita acutamente da alienazione,. che nell'Istituto nostro, ha assunto i caratteri netti del delirio acuto febbrile. L'esito infausto si ebbe 14 giorni dopo l'ingresso della ammalata in Manicomio. Dal lato organico, salvo traccie di albume nelle urine non altro si ebbe a notare.

L'autopsia, praticata da me, ha messo in mostra i seguenti fatti: Dura madre lievemente aderente e congesta, poco liquido, limpido nei ventricoli e spazi subaracnoidei. Pia assai congesta. Staccandola dalla corteccia, non si producono lacerazioni. Vasi cerebrali integri, congestione ed edema della sostanza nervosa ovunque. Pituitaria congesta. Tiroide ipertrofica, di colore rosso bruno con aree di degenerazione cistica e congestione marcata. Legge aderente pleuriche di data antica a sinistra.

Polmone integro; cuore pallido, flaccido, piccolo. Reni congesti, capsule surrenali piccole, specie quella di destra e lunghe e sottili. Leggero stato catarrale del ventricolo, intestino leggermente congesto Utero grosso assai, con fibromioma della grossezza di un uovo di piccione alla cervice. Vescica ed ovaie macroscopicamente normali.

Il sistema nervoso si fissò in alcool a 90 e Müller Riporto i risultati principali dedotti dall'esame detle sezioni, trattati col metodo Nissl.

Nella regione frontale (polo), le cellule sono rigonfie, il nucleo è leggermente colorato spesso, in alcune cellule vi è cromolisi. Notevole abbondanza dei nuclei della neuroglia attorno ai vasi e alle cellule, specie dello strato delle polimorfe e fusiformi, di cui varie evidentemente sono scomparse. Nella sostanza bianca

numerosi i nuclei della neuroglia. Attorno ai vasi varie cellule granulose. Questo reperto è evidente lungo tutto l' asse cerebro-spinale.

In sezioni della frontale ascendente, si vede anche qui la ricchezza delle cellule giovani, attorno ai vasi e negli ultimi strati corticali.

Meno evidente il reperto nella parietale ascendente, ove le cellule hanno conservato la loro forma.

Nelle sezioni del polo temporale le lesioni sono meno accentuate che allrove. Però anche qui si vedono vari elementi giovani attorno alle polimorfe, le cellule sono rigonfie e rotonde, non però come si e osservato nelle regioni frontali.

Nella occipitale minore infiltrazione attorno alle cellule. Nelle parietali — reperto uguale alle postrolandiche. A carico della pia si sono rinvenuti fenomeni morbosi non molto spiccati, — solo congestione e abbondanza di globuli bianchi nei vasi e sotto la pia vari mononucleati e corpi amilacei.

Attorno a qualche vaso, osservammo anche infiltrazione pavoicellulare. In alcuni vasi, ancora si notò degenerazione dei nuclei dell'intima, che sono assottigliati e ipercolorati, omogenei. Senza dire diffusamente delle lesioni riscontrate nei vari nuclei, posti nel bulbo, ponte, peduncoli ecc., basti accennare come, nel caso attuale, sembrasse leso il nucleo dell' acustico; le cellule erano circondate e invase da elementi giovani e varie impiccolite, picnotiche. Varie cellule delle regioni suddette apparvero in cromolisi e con discreta abbondanza di pigmento giallo.

Riassumendo, adunque, anche nel caso attuale, a parte le varie differenze di reperto, nel sistema nervoso si sono riscontrate lesioni massime a carico degli strati profondi della corteccia (specie frontale) e a carico dei vasi. Le più rispettate, anche qui, apparvero le zone motorie e le grosse piramidali.

Possiamo aggiungere, che anche in un terzo caso, in soggetto demente, vecchio morto per polmonite franca, si notò col metodo Nissl, la invasione di cellule giovani nelle frontali, e rolandiche, con predilezione negli strati profondi.

*
* *

In una seconda serie di osservazioni mi sono occupat pre. valentemente di soggetti periti lentamente, per complicanze varie. È interessante vederne i risultati e dedurne alcune considerazioni comparative.

PRIMO CASO *(cronico)*. — Sormani Maria di 33 anni di Villa d'Adda, filandiera, entrata il 27 Gennaio 1906.

Eredità tarata. Un fratello fu ricoverato al Manicomio. Intelligenza mediocre. Pubertà normale, tributi mensili scarsi, non malattie di importanza. Esordio, sintomatologia, decorso, esito, fecero classificare la ammalata fra le demenze precoci. Nell'autunno 1909, fu colta da diarrea ribelle che costrinse la : mmalata a letto. Dopo pari mesi di graduale deperimento, la Sormani morì al 13 Marzo 1910.

L'autopsia fu praticata da me, 19 ore dopo la morte. Trascrivo il reperto d'autopsia: Cadavere denutrito fortemente, regolare lo scheletro, qualche porpora agli arti inferiori. Calotta cranica sottile, leggera. Trasparente, specie in corrispondenza della sutura biparietale. Aderenze valide della dura che è congesta assai. Seno sagittale e vene collaterali trombizzate. Placche lievi di pachimeningite. Liquido citrino limpido negli spazi subaracnoidei, in discreta copia. Idem nei ventricoli. Pia congesta e torbida, specie in corrispondenza delle rolandiche, parietali, e frontali. Le circonvoluzioni sono appiattite, slargate le scissure e i solchi, per flaccidità totale del cervello. I vasi sono beanti, vi è edema e congestione della sostanza bianca e grigia. Tela coroidea con degenerazione cistica. Nei gangli della base, peduncoli, ponte, bullo cervelletto e midollo, solo congestione ed edema. Tiroide ingrossata, un lobo è indurito, e calcificato quasi totalmente, l'altro presenta invece moderata degenerazione cistica.

Aderenze lievi pleuriche bilaterali di data antica, prevalenti nella regione inferiore e posteriore esterna. Polmoni in parte, retratti, qualche zona sembra atelettasica. Ipostasi alla base.

Placche biancastre all'apice destro. Pericardio normale, poco liquido citrino limpido nel sacco pericardico. Cuore piccolo, flaccido, nulla all'endocardio e valvole. Vasi grossi integri. Ventricolo sinistro ipertrofico. Fegato di colore giallastro, più accentuato in alcune zone. Perisplenite antica, polpa splenica congesta. Pancreas normale. Rene destro congesto, capsula svolgibile in parte. La metà inferiore quasi del rene destro è trasformata in cavità cistica, contenente un liquame nerastro. Rene sinistro solo congesto. Capsula surrenale destra sottile assai indurita, la destra presenta una cavità di notevole larghezza. Ventricolo piccolo, le tuniche sono di notevole spessore, la mucosa, congesta, è ricoperta da muco. L'intestino è pure congesto e, specie nella regione ileo cecale, vi è leggero stato catarrale della mucosa, non soluzioni di continuità. Vescica ripiena di urina, ma normale. Utero e ovaie pure normali.

Dal cadavere si sono asportati tutto il sistema nervoso centrale, gli organi a secrezione interna (ad eccezione della pituitaria) e porzioni dei vari organi della vita vegetativa. I sistemi di fissazione e di colorazione furono essenzialmente quelli usati per i casi acuti. Riassumo i risultati dei vari esami praticati.

Sia colle tiazine, sia come con le altre colorazioni, le lesioni cellulari del midollo, ovunque, sono molteplici e gravi. Vediamo cioè, ipercolorazione, pienosi, abbondanza di pigmento giallo granuloso, scomparsa del nucleo, alterazione della forma della cellula, colorazione del nucleo, varie modalità di lesioni della sostanza cromatica, reazione del Nissl, colorazione della sostanza acromatica, scarsità delle cellule, atrofia di esse, cromolisi, in molte scomparsa dei prolungamenti cellulari ecc. Le figure riportate sono assai d.mostrative.

La nevroglia e i vasi non sono lesi, così dicesi delle meningi. Le lesioni celiulari più gravi interessano il midollo lombare e dorsale, e la gravità e modalità di lesione, varia da punto a punto del midollo.

Qulche cavità di disintegrazione appare nella sostanza grigia

del midollo. Qualche rara cellula presentava anche degenerazione pigmentale nera.

Il bulbo, ponte peduncoli si sono studiati, come pei casi acuti, minutamente, per vedere, anzitutto, lo stato dei singoli nuclei dei nervi cranici. Nel funicolo gracile è facile la ipercolorazione della cellula, unita all'atrofia di varie, la colorazione del nucleo, qualcuna pallida, e in cromolisi. Nel cuneato vi é in più frequente la eccentricità del nucleo. Molto grosse le cellule dell'XI, e qualcuna a forma botte, in cromolisi perinucleare ed eccentricità del nucleo. In molte si nota abbondanza di pigmento giallo. In sezioni più alte spicca invece la cromolisi, e la pallidezza della cellula e il nucleo è spesso colorato. Lesioni simili e disuguali da punto a punto presenta il nucleo del XII. In più si no'a degenerazione nera (pigmento) di varie cellule. Anche per gli altri nuclei, le stesse lesioni variamente combinate. Il nucleo dell'ipoglosso di sinistra ha cellule più numerose di quello di destra. La neuroglia non e lesa: ne degenerazioni si notano nelle regioni studiate. Inoltre vasi assai dilatati, e in preda ad una certa ipertiofia, spazi linfatici perivasali e pericellulari assai evidenti. Nel nucleo del VI, del IV e V si rileva spiccata la presenza del pigmento giallo. Le cellule del III mostrano cromolisi marcata. Le cellule sparse del peduncolo sono atrofiche, lo stesso dicasi del nucleo del Becterew. Molte cellule del locus niger sono disfatte. altre atrofiche, assotigliate. Molto evidenti le lesioni nel corpo genicolato mediale. Si nota atrofìa, cromolisi più o meno grave, a volte contorno irregolare e frastagliato della cellula.

Notevoli varie cellule del III a botte con nucleo eccentrico e di grandezza notevole, che si rilevano lungo il dotto di Silvio nella sua parte alta.

Importanti le alterazioni dei nuclei della base, lesioni gravi, in genere. Le due modalità di alterazione più comuni sono, la degenerazione gialla e la cromolisi.

Inoltre vi è colorizzazione del nucleo. Anche qui le alterazioni sono distribuite a gruppi o cioè non sono generali. Le

cellule del talamo si mostrano, in genere, in preda a cromolisi, con colorazione della sostanza acromatica e il nucleolo è spesso degenerato.

La saltuarietà delle lesioni è molto accentuata nel corno di Amone, ove si vedono, accanto a zone ove le cellule sono grosse e poco lese, gruppi di cellule piccole, atrofiche, numerose. Si rilevano anche nella regione, limitate aree ove tutte le cellule sono scomparse. Non lesioni degne di nota al corpo colloso e volta 4 pilastri. Degno di cenno, invece, le vegetazioni ependimali, con scomparsa dell'epitelio, e ricchezza di nuclei della nevroglia (ependimite).

Le alterazioni della corteccia — rilevate, sia col metodo Nissl, che non gli altri metodi, sono molteplici. Nel lobo occipitale — si ha, in genere, ipercolorazione della sostanza cromatica, colorazione spesso del nucleo e piccolezza di esso, abbondanza di sostanza lipocroma. Edema in toto come del resto in tutta la corteccia.

Nel lobo temporale, i fenomeni morbosi, sono più accentuati. Quivi si nota anche degenerazione pigmentale nera e ipercolorazione dello strato delle piramidali (sinistra). A destra vì è accumulo di pigmento nelle polimorfe e neuronafagia. Nei vasi vari mononucleati. La saltuarietà delle lesioni è evidente anche qui. Nelle parietali, spicca la degenerazione nera, la cromolisi poco marcata, lo stesso può dirsi per la colorazione del nucleo, anche quì vi è neuronofagia e stessa distribuzione ineguale delle lesioni.

Nelle zone motorie si vedono cellule atrofiche, assotigliate, qualcuna presenta la reazione del Nissl, in genere degenerazione gialla e nera, più quella, di questa.

Nel lobo frontale si misero in mostra lesioni croniche accentuate delle cellule. Che sono, in genere atrofiche, con una parte ipercolorata, in maggioranza pallide, alcune con vacuoli; il nucleo spesso colorato e a forma allungata. Non si vedono cellule dello strato fusiforme, neanche ai poli. In alcune zone limitate le cellule sono scarse.

Nella terza frontale si vede anche abbondanza di pigmento

giallo. Con l' ematossilina di Ehrlich, nella sostanza bianca delle zone motrici, si rilevano infiltrazioni spiccate di cellule giovani, attorno a vasi. Le circonvoluzioni dell' insula mostrano cellule con nucleo a volte eccentrico, poco colorate e spesso abbondante il pigmento giallo.

Nel cervelletto si nota solo, in qualche punto, rarità di cellule; quelle che si vedono sono bene colorate e normali; solo per eccezione il nucleo è eccentrico, o sembra scomparso.

Le fibbre nervose si sono studiate col metodo Pal.

Nel midollo le fibre della sostanza grigia sono tortuose, qualche fibra della sostanza bianca non colorata. Nel cervelletto le fibre della sostanza bianca sono di regola, bernoccolute e contorte e in varii punti spezzate (edema). Il reperto, però, non è uguale, ovunque. Le fibre dello strato molecolare sono di rado lese. In molte zone della corteccia, l' edema è eccentuato. Le lesioni sembrano più spiccate nelle rolandiche e temporali, meno nelle frontali e parietali, minime nelle occipitali.

Col trattamento osmico, (Marchi), lievi fenomeni degenerativi si riscontrano ovunque, ma la lesione non è sistematica.

Nel midollo i fasci più lesi sembrano i cerebellari diretti e piramidali crociati, anche nei posteriori varie fibra sono lese. Notevoli anche i fatti di degenerazione nella regione commissurali, specie posteriore. Anche l' endotelio dell' ependima è degenerato. La lesione degenerativa colpisce nel midollo, con predilezione i vasi; anche le cellule spesso sono cariche di pigmento; specie le anteriori.

Anche nella corteccia risultano lesi le cellule e i vasi nelle zone motorie, interessati anche più delle altre regioni le fibre-nervose. Nel cervelletto solita lesione dei vasi, con degenerazione delle tuniche e con abbondanza di sostanze lipoidi nella guaina linfatica.

Con il trattamento argentico si vede come le spine dei dentriti, siano retratte e i prolungamenti assili e protoplasmatici

non sempre integri. Meglio conservate le cellule della neuroglia.

Alcune zone della tiroide (fissata in Muller) non presentano caratteri che si differenzino dalla norma, ma sono rare. In genere si nota piccolezza dei follicoli, colorazione anormale della sostanza colloide, assenza in alcuni di cellule proprie o secernenti. Coll' acido osmico la degenerazione è presente ovunque. In complesso segni di diminuita funzione dell' organo di data non recente e fatti di degenerazione non lontani. Il cuore con i vari metodi di colorazione non ha lasciato vedere che qualche nucleo del sarcolemma rigonfio. I nuclei delle cellule surrenali sono (nei tre strati) ipercolorati, alcuni rigonfi: alcune cellule contengono granuli neri. In qualche punto vi è scarsità di cellule e qualche gruppo trabecolare ne è privo. Congestione in alcuni punti. Con il trattamento osmico si osservano fenomeni di degenerazione notevole in tutti e tre gli strati della sostanza corticale.

L' ovaia appare ancora funzionante, la sostanza fibbrosa è abbondante. Vi è segno di prerisplenite pregressa alla milza, i vasi del glomerulo ipertrofico. Nei vasi molti nucleati. Con l' acido osmico fatti di degenerazione nelle tuniche vasali e sparsi nella polpa splenica. Varii globuli bianchi degenerati.

Nel fegato, in complesso, si nota solo qualche leggero fatto di degenerazione, prevalente sotto la capsula glissoniana.

Nei reni poche zone sono normali. In genere dalla leggera degenerazione dell' epitelio si va al disfacimento del tubulo e glomerulo. Avvicinandoci alle cisti, il tessuto connettivo interstiziale si fa iperplastico. Con la colorazione osmica la degenerazione appare, in genere, molto diffusa. Nel pancreas si rilevano lesioni insignificanti. L' utero è congesto, vasi ipertrofici. Nello strato vascolare qualche leggero fatto di infiltrazione parvicellulare. Colla colorazione osmica si nota degenerazione estesa a tutti i fasci muscolari.

SECONDO CASO. — Rossi Rosa di Taglinno di fu Giuseppe di anni 25, nubile.

Eredità tarata. Intelligenza mediocre. La malattia mentale si inizia all'epoca della pubertà (15 anni) con fenomeni isteriformi, a cui sussegue un quadro morboso classificabile fra le demenze precoci. Fu ricoverata nel 1912; ebbe periodi di lieve sosta, durante i quali fu ritirata a custodia domestica. Entrò per l'ultima volta il 12 maggio 1910. Fenomeni di polmonite e peritonite tubercolare, condussero a morte lentamente l'ammalata (22 nov. 1910). L'autopsia fu praticata da me 24 ore dopo la morte e diede il seguente reperto:

Cranio di spesso notevole, usurato solo e quasi perforato in corrispondenza dei corpuscoli del Pacchioni. Dura non adesa, lievemente congesta. Popo liquido negli spazi subaracnoidei. Pia non adesa, lievemente congesta. Cervello nella sua struttura normale. Congestione ed edema ovunque. Non altro. Tiroide pallida, piuttosto piccola, pleurite e polmonite tubercolare bilaterale, cascosi diffusa Cuore e pericardio rispettati Peritonite tubercolare intensa, con caseificazione e ingrossamento di tutti i gangli. Ovaie pure in caseosi. Utero piccolo, contorto. Capsule surrenali integre. Fegato di colore giallastro. Milza fortemente congesta. Pancreas normale. Vetricolo piccolo, e con catarro della mucosa. Intestino adeso, contorto, ripieno in parte di feci.

Si asportarono i pezzi anatomici come nei casi precedenti e si usarono gli stessi mezzi di fissazione e colorazione.

Riassumo i reperti principali:

Anche in questo caso pel midollo le lesioni sono distribuite in modo disuguale. In maggioranza però si notano lesioni croniche delle cellule, picnosi, scarsità di cellule, cromolisi diffusa, nucleo e nucleolo poco evidenti, abbondanza della sostanza lipocroma. Si è osservata la reazione del Nissl nelle cellule delle corna posteriori (midollo dorsale).

Nel midollo lombare, le lesioni sono più gravi. Scarsità

di cellule accentuata, neuronofagia, atrofia delle cellule, sono lesioni comuni alla regione. Qualche prolungamento è troncato, qualche cavità di disintegrazione. La pia meninge mostra i segni di uno stato irritativo cronico non accentrato.

Sotto alla pia bulbare, si rilevano, cellule giovani in discreta quantità, globuli bianchi e cellule granulose. Alcune cellule dell'ipoglosso sono atrofiche, altre cariche di pigmento - Nel nucleo gracile e cuneato. La Liscine predominante è l'atrofia. Alcune cellule del XII,in sezioni alte, sono pallide e in cromolisi. Un vaso del sulto contiene molti globuli bianchi, vari monocleati, carichi di detriti. Irregolari nel contorno le cellule del nucleo arciforme e in preda a liquefazione, e chiare quelle del nucleo del Roller. Le cellule, delle olive presentano spiccata la degenerazione giallo globulare. Il nucleo del pneumogastrico è leso per cromolisi specialmente. Atrofiche anche le cellule del VII, rotonde spesso. Fatti poco dissimili nel nucleo del VI e V. Ipercolorate le cellule proprie del ponte e del IV. Scolorate e numerose le cellule del III. Il nucleo è spesso spostato. La cellule dei gangli della base sono scarse e male colorate, in genere; con notevoli spazi pnicellulari. Si nota anche abbondanza di cellule della nevroglia in questi centri specie, nell'ottico. La neuronofagia e scomparsa delle cellule è evidente. Anche il nucleo è quivi colorato spesso e assume la forma allungata (fagiolo). Alcuni vasi in preda a degenerazione ialina.

I reperti della corteccia sono molto interessanti, per le differenze delle lesioni che sono proprie delle diverse parti.

Zona frontale. La scomparsa e il disfacimento delle cellule in varie zone, è fenomeno culminante. Lesione che interessa non solo la sostanza cromatica ed acromatica, ma che attacca anche il nucleo. In molti punti non rimane della cellula che il nucleo e il nucleolo colorati. Alcuna cellule presentano accentuata vacuolizzazione, altre sono ricche di pigmento giallo, alcune infine ipercolorate e i granuli del Nissl sono ammassati. Colla colorazione del nucleo, in alcuni esemplari, si accompagna la colorazione della sostanza cromatica, dando alla cellula la figura

tipica a rete. Nei vasi vari globuli bianchi, mononucleati e polinicleati. Nelle regioni rolandica e parietale è spesso scomparso il protoplasma e resta solo il nucleo colorato. In queste regioni; più che nelle frontali, è attiva la neurofagia.

I nuclei delle cellule nervose si distinguono, per il colorito, da quelli della neuroglia. Dei primi alcuni assumono forma allungata e la cellula prende l'aspetto di quelle descritte nelle amenze. Nelle circonvoluzioni temporali le lesioni sono minori, solo si nota cromolisi in alcune e una certa scarsità della sostanza cromatica. Delle varie regioni della corteccia la meno colpita è l'occipitale. Anche qui, però, si vedono cellule con colorazione del nucleo e nucleolo e qualche cellula con vacuoli.

Solo nelle temporali e occipitali le cellule fusiformi sono evidenti. Le lesioni a carico del cervelletto sono diverse da punto a punto. In qualche zona si osserva accentuata scomparsa delle cellule del Purkinie e le zolle cromatiche poco colorate e disordinate. Coi vari colori nucleari non si sono messe in mostra le sioni degne di alcun cenno.

Lo studio delle degenerazioni, col metodo Marchi, ha dato come reperto la lesione di fibbre sparse, nel midollo, e ovunque. I vasi e le cellule, nel midollo, non sono lese. Invece nella regione lombare varie cellule contengono pigmento e varie fibbre dei cordoni di Gol sono colpite dalla degenerazione. Nel cervelletto i vasi presentano segni di degene razione limitata nelle tuniche e nell' interno globuli neri di diversa grandezza. Anche nella regione frontale si notano sfere nere nell' avventizia e guaina linfatica perivasale.

Fenomeni di degenerazione più accentuata si rilevano nelle zone motorie, nelle cellule e attorno ai vasi. Nelle regioni temporali ed occipitali solo i fatti soliti a carico dei vasi. Le lesioni della tiroide sono gravi. Dopo varii controlli, ci siamo persuasi che la funzionalità della tiroide è pressochè abolita. I follicoli sono vuoti, in genere, e deformati e l' organo è ridotto al solo elemento di sostegno ipertrofico. Con la colorazione osmica si riscontrano, in qualche punto, cellule granulose.

La pitantaria non mostra lesioni gravi, solo qualche globulo bianco mononucleato, sparso nella parte anteriore, non segni di degenerazione. Nulla di notevole alle surrenali. Ai reni si rileva solo qualche tubulo raro degenerato. La degenerazione grassa del fegato è spiccata e perilobulare.

I nuclei delle cellule del cuore, sono, in genere, degenerati, il sarcolemma immune. Qualche globulo bianco degenerato nella milza. Gli altri organi non si sono esaminati.

CASO III. — Cuminetti Caterina, vedova di 75 anni, di Bergamo, entrata il 15 gennaio.

Eredità negativa. Intelligenza buona. Non malattie di importanza. Era ricoverata all'Ospizio di Mendicità, quando fu colpita da alienazione mentale. Passata al Manicomio, presentò i segni di demenza senile e carcinoma gastrico. Morì per cachessia cancerigna il 2 decembre 1910.

L'autopsia praticata da me, 28 ore dopo la morte, ha dato il seguente reperto: Calotta cranica leggera per abbondante diploe. Liquido abbondante limpido negli spazi subaracnoidei. Pia leggermente congesta. Liquido abbondante nei vetricoli laterali. Arteriosclerosi diffusa, prevalente alla base. Edema del cervello in toto.

Non lacune di disintegrazione. Pituitaria in qualche punto rammollita, con largo picciolo. Tiroide pallida, piccola giallastra. Nulla ai polmoni, cuore flaccido e pallido. Carcinoma del ventricolo diffuso alle pareti. Milza con tacche notevoli, leggermente congesta. Pancreas pallido. Intestino sottile atrofico. Rene sinitro con cisti (idronefrosi) e capsula adesa, di colore pallido, atrofico. Atrofia pure leggera del rene destro. Capsula surrenale, a sinistra, grossa, congesta, a destra manca. Utero piccolo duro, ovaie atrofiche, calcificate. Vescica normale.

Asportati gli organi, come nei precedenti casi, si sono sottoposti a identici processi di fissazione e colorazione.

Riassumo anche qui le lesioni riscontrate.

Nelle varie sezioni del midollo due lesioni spiccano, la grande abbondanza del pigmento giallo, a grani grossi, e dei corpi amilacei.
Specie nel midollo dorsale, il numero delle cellule nervose è piccolo e varie sono atrofiche. L'ependima è dilatato, e formato di tante celle. Vari corpi amilacei presentano un nucleo ed un alone periferico chiaro perinucleare. Questi elementi cellulari sono più numerosi nelle parti posteriori del midollo, ove si notino anche le placche calcari dell'aracnoide.

I reperti del bulbo, ponte, peduncoli ecc., non presentano grande interesse. In genere le cellule sono colpite da degenerazione giallo globulare. I vasi sono, non c'è bisogno di dirlo, ipertrofici. I gangli della base lasciano vedere cellule rotonde e degenerarazione gialla accentuata. Si vede anche nelle regioni suddette abbondanza di cellule della neuroglia, specie nei corpi striati, ove la scarsità di cellule è veramente notevole. Abbondanti le cellule dell'avventizia, alcune, cariche di pigmento.

Le lesioni della corteccia si riassumono così: Ora prevale la degenerazione gialla, ora la nera. In molte vi è cromolisi e raramente vi è degenerazione del nucleo. Non si rilevano fatti di atrofia e le altre lesioni descritte nei soggetti senili. Nelle zone motorie e solo in esse si rileva scomparsa di cellule e ricchezza di neuroglia attorno alle cellule e ai vasi. Il reperto è identico a quello riscontrato nei corpi striati. Lo studio comparativo adatto, mostra, in genere, più evidenti le lesioni nelle grandi cellule della corteccia e le alterazioni sembrano meno gravi nelle occipitali e temporali.

Anche esaminando superficialmente le sezioni della tiroide, appare evidente la iperplasia del tessuto connettivo interlobulare e interfollicolare. Alcune rare zone sono, però, bene conservate nella struttura del follicolo. Altri follicoli, invece, mostrano i nuclei degenerati e la sostanza colloide stessa colorata in nero. In qualche follicolo mancono le cellule secernenti e nell'interno si vedono cellule rotonde e poliedriche con nucleo poco co-

lorato, alcune di queste hanno protoplasma granuloso e di colore giallastro e sono più grosse di un globulo bianco. Anche nella pituitaria si nota un certo grado di iperplassia del connettivo interstiziale.

I vasi sono ipetrofici, vi è ristagno di secreto, alcune cellule sono gialle completamente e con l' acido osmico si mostrano degenerate. Si rilevano anche piccole emorrogie e ramollimenti nella trama glandulare.

Nelle surrenali vi sono alcune zone degenerate. I vasi della midollare fortemente dilatate. L' ovaia é in preda a degenerazione calcare. L' utero è atrofico e trasformato in tessuto connettivo. I reni presentano piccole lesioni, qualche corpuscolo degenerato e ipertrofia dei vasi. Colla colorazione osmica, qualche limitata zona è degenerata. Nulla di notevole alla milza.

* * *

Nel presente studio si è avuto essenzialmente di mira lo studio comparativo tra casi acuti e cronici. E l' indagine, posta in tali limiti, ci ha dato risultati positivi. Si sono infatti riscontrati reperti, nello studio comparativo compiuto, che se non permettono deduzioni generali, pur tuttavia aumentano il materiale di fatti, che dovrà servire poi alla localizzazione dei sintomi delle malattie mentali e alla interpretazione di essi. Sicura via per giungere alla individualizzazione delle cause morbose.

I risultati più importanti, adunque, dello studio comparativo compiuto sono quattro:

1. La accentuazione nei casi acuti delle lesioni agli strati profondi della corteccia con lieve prevalenza (per gravità) al polo frontale;

2. Segni di distruzione pregr. ssa delle parti inferiori della corteccia più evidenti nelle zone anteriori, nei casi cronici (dementi precoci).

3. L' interessamento notevole, ancora nei casi cronici, dei centri grigi posti attorno al 3° ventricolo.

4. Infine, mi parve, che le differenti lesioni, qualitative e quantitative, diverse da punto a punto, del sistema nervoso, po-

tessero costituire un segno in più per caratterizzare le demenze.

Questi reperti non richiedono molti commenti. Per quanto riguarda le due prime conclusioni, non vi è che da richiamare alla mente le deduzioni di fisiologia e di fisiopatologia, che per il Tanzi e Lugaro specialmente, furono enunciate, a spiegare anche alcuni fatti morbosi fondamentali della demenza precoce.

Piuttosto merita, se non m'inganno, un breve cenno l'uguaglianza di localizzazione nei casi acuti e cronici (dei reperti, cioè, del delirio acuto e della demenza precoce).

Poichè nei primi si è riscontrato negli strati profondi il segno della localizzazione morbosa accentuata in atto (neuronofagia, scambio attivo tra vasi e cellule) e nei secondi i resti della devastazione cellulare pregressa (la scomparsa spesso delle cellule fusiformi e la riduzione, in genere, della sostanza grigia), si può pensare se, tra i primi e i secondi non vi sia una certa comunanza di processo morboso anatomico, avendosi nei casi acuti la encefalite estesa, con accentuazione morbosa agli strati inferiori, nei cosi cronici la encefalite limitata. Saltando di proposito le considerazioni cliniche che l'argomento suggerisce, diremo solo come anche la ipotesi suddetta, si comprende, facilmente, sia favorevole ad una causa eziologica, tossinfettiva della demenza precoce.

Interessanti ci parvero anche le constatazioni fatte a carico dei gangli della base, nei casi cronici. Dal confronto delle lesioni cellulari di questi centri con quelli della corteccia più gravi, si è concluso che le lesioni dei gangli (e nei dementi precoci del bulbo specialmente) si potevano ritenere secondarie o consecutive. Ad ogni modo, mi parve che tali alterazioni potessero avere importanza nei casi studiati.

Le alterazioni che riguardano specialmente i gangli della base, sono venuti ad assumere, in questi ultimi anni, una importanza grande. Non è quì il caso di riassumere i risultati dei vari studi su queste regioni.

Dirò solo come mi sia parso interessante, per molti lati, e degno di largo studio, anche negli alienati, il rapporto tra questi

gangli e la termogenesi, tra essi e le funzioni nutritive. (1) Altrove, ci siamo occupati di questi problemi riferendo, anche i dati della letteratura in argomento, nè ci ripeteremo. Se noi mettiamo in rapporto i risultati della osservazione anatomo-patologica, di cui si disse, con le conclusioni di fisiologia cerebrale, a proposito di questi centri grigi interni, e se noi pensiamo alla notevole frequenza con cui si riscontrano, negli alienati le alterazioni d' indole nervosa e vasomotoria, o in genere simpatici, durante il progressivo aggravarsi della rovina nervosa, non è azzardato se si conclude che le turbe vasomotorie e di nutrizione e di secrezione intestinale, sono influenzate, anche, dal propagarsi del processo morboso dalla corteccia ai gangli situati più in basso. E se, in altre parole, le lesioni gastrointestinali, come si è riscontrato nel primo caso studiato, si mettono anche in relazione con le lesioni di questi centri grigi posti attorno al 3º ventricolo.

Quanto alla saltuarietà e diversità delle lesioni, da punto a punto del sistema nervoso vi è poco da dire Potrebbe, il reperto, nei casi cronici, essere in rapporto col diverso interessamento dei vasi. Ad ogni modo sembra un segno costante delle demenze.

Da ultimo vogliamo aggiungere un cenno sui reperti che interessano la zona frontale. In qualche caso, si è visto, le lesioni erano quivi più accentuate. Non sappiamo sicuramente quale importanza funzionale abbia questa zona del cervello, certo che, ogni giorno, nuovi fatti si vengono ad aggiungere anche nel campo patologico, ad aumentare l' importanza funzionale psichico di questa regione.

A queste considerazioni, dedotte dalla comparazione dei vari casi studiati, si possono aggiungere alcuni brevi appunti su alcuni particolari reperti osservati.

(1) Ulteriori indagini sul polso e temperatura. *Note e Rioiste di Psichiatria 1912, N. 1, Vol. V.*

I gangli della base nella patogenesi della pellagra. *V Congresso, Pellagrologico Italiano 1912.*

Le alterazioni nervose, nei casi acuti, esaminate qualitivamente, non si scostano da quelle descritte dagli osservatori nei casi di polineurite e confusioni mentali in genere, nei quadri sintomatici che si vogliono dovuti a cause tossiche. Rotondità della cellula, nucleo vescicoloso e rigonfio, limitazione accentuata, della sostanza cromatica. Solo in qualche punto colorazione del del nucleo e quell' aspetto chìaro della cellula, con punti neri quale fu descritto nelle meningiti.

La lesione prevalente fu a carico della sostanza cromatica e si è visto la conferma con il trattamento osmico, che mostra appunto notevole degenerazione a forma di anello attorno al nucleo ingrandito. Nel primo caso di delirio acuto, si è riscontrato tutto quel complesso di lesioni che furono descritti nel delirio acuto (1); non le varicosità dei prolungamenti cellulari (Cristiani).

Ma un fatto ci sembrò notevole, cioè la distribuzione delle lesioni nel midollo, bulbo e centri dei nervi cranici, quale si osservava nelle zone corticali, ossia lesi di preferenza i gruppi cellulari aventi funzioni sensitive e sensoriali e lesi colla stessa modalità nei centri midollari e bulbari, come nei centri più alti. L' anatomia patologica, in questo caso, si trova in perfetto accordo con la sintomatologia clinica del delirio acuto. Nei casi acuti, ancora, oltre il segno di notevole lavoro dei vasi, specie evidente ove le cellule erano in preda a maggiore disfacimento, si è notata una certa abbondanza di pigmento nero sparso nel sistema nervoso e nelle cellule (col metodo Nissl). Lo studio dei pigmento, nella patologia del sistema nervoso, è ancora incompleto. Nè si può avanzare un ipotesi esplicativa del reperto, sufficiente. Forse le cellule alterate nel ricambio eliminavano questa sostanza nera? Occorre anche chiederci quale fosse il significato funzionale della enorme dilatazione del nucleo. È indizio cioè di iperfunzionalità o di ipofunzione? È difficile dire. Certo che se si vuole trarre appoggio dalla sintomatologia clinica si dovrebbe dire che è più probabile la ipotesi del Vogt e Nissl,

(1) V. Trattato del Bianchi.

che ritiene il fenomeno legato ad esaurita funzionalità. Il primo soggetto infatti è stato, dopo il periodo acuto, per vario tempo, in una specie di torpore.

Nel primo caso acuto, si rinvennero anche lesionl del rene e poco accentuate quelle degli organi extranervosi e a secrezione interna protettiva. Il problema della importanza eziologica e patogenetica degli organi a secrezione interna e della vita vegetativa, va ognor più facendosi interessante. In mezzo però a tanti e vasti orizzonti aperti al campo nostro, l'osservazione insegna ad essere cauti; troppe volte le lesioni degli organi in discorso sembrano consecutive alle alterazioni nervose centrali, aventi solo, forse, influenza sull'andamento e decorso delle psicosi.

Le alterazioni della corteccia, nei casi cronici, studiati, sono apparsi gravi assai.

In genere, nei due primi casi, (demenza precoce) predominano le lesioni croniche della cellula. Nel primo (Sormani) la riduzione del volume, la colorazione del nucleo, la deformità di esso, la cromolisi e l'abbondanza del pigmento giallo. Infine, si deve rilevare anche la infiltrazione di cellule giovani attorno ai vasi nella sostanza bianca e nel bulbo, segni che potrebbero indicare il graduale estendersi ed approfondirsi delle lesioni.

Nei casi cronici (1°. specialmente) si sono rilevate lesioni non indifferenti a carico degli organi extranervosi. Ridotta assai la funzione della tiroide, dei reni, della surrenale. Ma anche quì, nel complesso, lesioni che si possono ritenere quale conseguenza della alterazione nervosa e non causa. Nel secondo caso di demenza precoce illustrata, il reperto a carico delle regioni corticali è molto dimostrativo. In genere si è visto interessata non solo fortemente la sostanza cromatica, ma anche l'apparecchio nucleare. Inoltre quivi ci apparve pure, segno di lesione cronica della cellula, la degenerazione nera e più spiccata in alcuni strati (nelle polimorfe della regione temporale). Confrontando le varie sezioni con altri dementi precoci, appare chiaramente eome nel caso attnale le lesioni siano più gravi. Questa maggiore accentuazione delle lesioni corticali e dei gangli della base potrebbe

essere legata ad un nuovo fattore morboso aggiunto, la tubercolosi.

Per quanto concerne il terzo caso studiato, cioè il soggetio morto per cachessia cancer.gna, dirò come si sia messa in mostra, oltre le lesioni dei vasi (ipertrofia), l' abbondante degenerazione giallo globulare, a grani grossi, tipica. Però sono mancati quei segni accentuati di atrofia e sclerosi che si riscontrano nei dementi senili e arteriosclerotici. Probabilmente alla arteriosclerosi e alla senilità si è aggiunta un' altra causa esauriente, dovuta al carcinoma gastrico, e il decorso e le manifestazioni della demenza, erano modificate essenzialmente da questa causa aggiunta.

Ma due particolarità anatomo patologiche sono degne di menzione, nel caso in discorso. Anzitutto, ia grande abbondanza di corpi amilacei, specie là ove erano presenti le placche calcari dell' aracnoide. Non insisto sulla particolare fisonomia di questi corpi amilacei, di oscura origine e di più oscura funzione, solo ci sembra degno di menzione il rapporto tra questi globuli amilacei e le placche calcari dell' aracnoide, due fenomeni, non raramente, osservati nei vecchi. Dati questi rapporti, il pensiero corre all' ipotesi, se i due fenomeni siano intimamente uniti. Un argomento favorevole a questa interpretazione è la calcificazione di questi corpi amilacei, come fu visto da qualche osservatore.

Il secondo reperto su cui credo di insistere, da ultimo, è quello della presenza di cellule giganti granulose, quali si riscontrarono evidenti nella tiroide. Vari osservatori non si occupano affatto di questo reperto. L' Amaldi, nel suo studio sulla tiroide, di vari anni fa, accenna ad un contenuto granuloso del follicolo. Vedemmo accennato al reperto in discorso, e con una certa larghezza, nella memoria VII di A. Marie e Dide, pubblicata nel Trattato Internazionale di psicopatologia. Rimandando ad essa nota, per maggiori dettagli in argomento, dirò che, nel caso nostro, se le figure in discorso sono più frequenti nei follicoli lesi e ove le cellule proprie sono degenerate, si possono però ritenere quali gruppi di nuclei liberi tenuti uniti da sostanza colloide.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Testori. = *Delirio acuto.*

1. — Tipo di cellule corticali con dilatazione enorme del nucleo. Regione occipitale. Ematossilina Ehrlich Oc. 3 Obb. 8.
2. — Cellule degli strati profondi delle prefrontali. Nissl Oc. 4 comp. Obb. ad immersione $^{1}/_{15}$.
3. — Cellule granulose nere attorno ad un vaso della regione frontale. Oc. 4. comp. Obb. imm. $^{1}/_{15}$ Metodo Marchi.
4. — Vaso della regione frontale Oc. 4 comp. Obb. 8 (Marchi).

Sormani. = *Demenza precoce.*

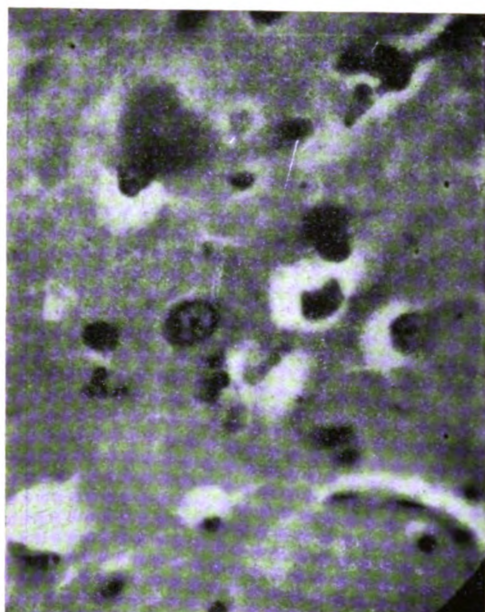
1. — Cellula della regione lombare del midollo con incipiente processo di liquefazione Oc. 3 Obb. ad imm. $^{1}/_{15}$. Metodo Nissl.
2. — Midollo lombare (cellula) spostamento del nucleo. Metodo Nissl Oc. 4 comp. Imm. $^{1}/_{15}$.
3. — Cellula senza nucleo con molteplici e gravi lesioni della sostanza cromatica Oc. 4 comp. Obb. imm. $^{1}/_{15}$. Metodo Nessl.
4. — Cellula del midollo dorsale. Spostamento del nucleo Oc. 3 Obb. 8 Metodo Nissl.
5. — Degenerazione di un vaso della regione frontale Oc. 3, Obb. 8. Metodo Marchi.
6. — Tiroide. Degenerazione e piccolezza dei follicoli. Metodo Marchi Oc 3 Obb. 5
7. — Vaso della rolandica destra, infiltrazione perivasale Ematossilina Ehrlich. Oc. 4. com. Obb. 5.
8 — Cellula della regione lombare. Reazione Nissl. Oc. 3 Obb imm $^{1}/_{15}$.

Rossi. = *Demenza precoce.*

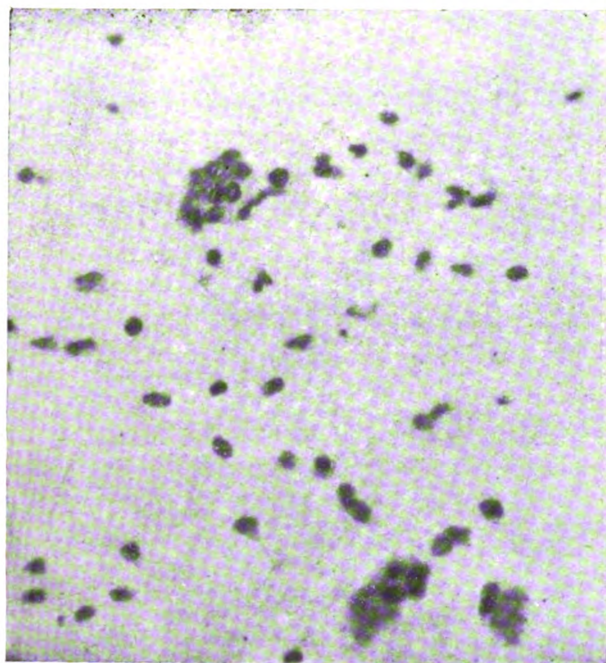
1. — Cellula della regione frontale. Nucleo colorato e liquefazione della sostanza cromatica. Oc. 4 comp. Obb. immersione $^{1}/_{15}$. Metodo Nissl.
2. — Cellule della zona frontale. Gravi lesioni pigmentali e lisi, scomparsa e colorazione del nucleo. Metodo Nissl.
3. — Tiroide, follicoli deformati e vuoti, iperplasia del connettivo Oc. 4 comp. Obb. 5

Cuminetti. = *Demenza senile ed esaurimento.*

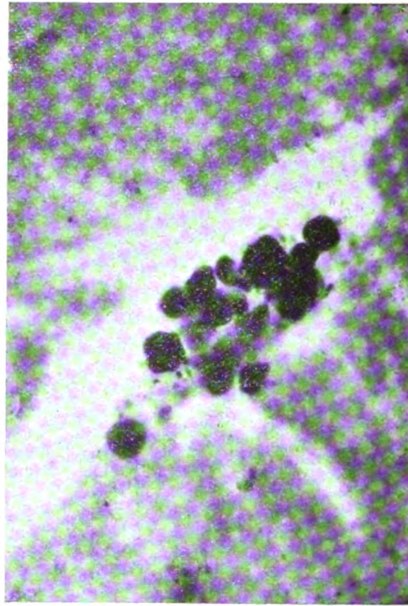
1. — Cellule del midollo dorsale in degenerazione glalla. Metodo Nissl. Oc. 3. Obb. 8.
2. — Cellule giganti di un follicolo tiroideo. Metodo Marchi. Occ. 3 Obb. 8.



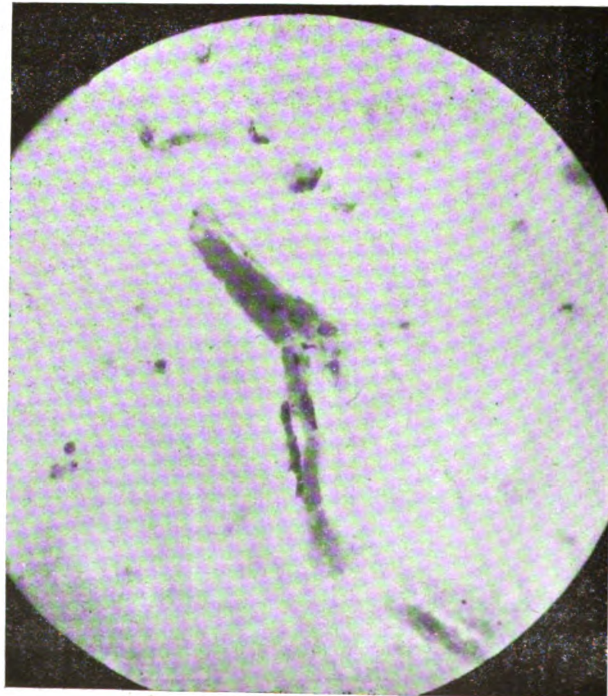
Testori = Fig. 1



Testori = Fig, 2



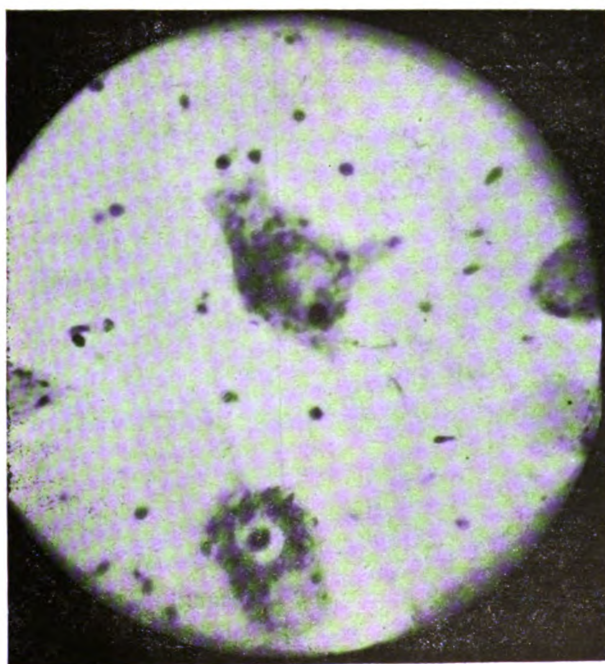
Testori = Fig. 3



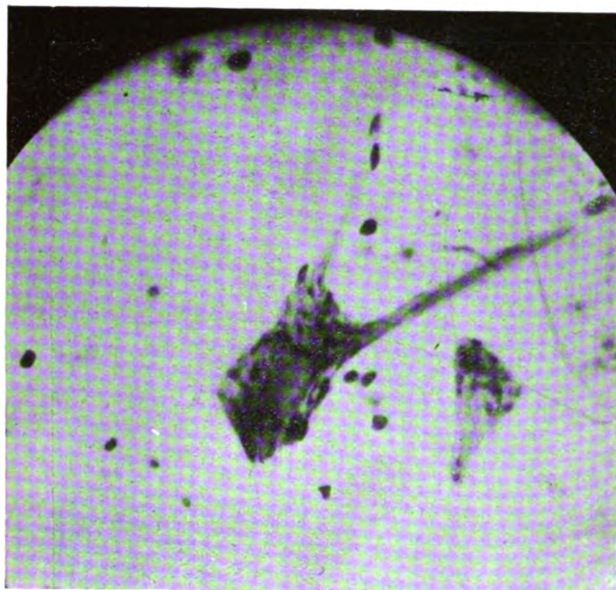
Tostori = Fig. 4



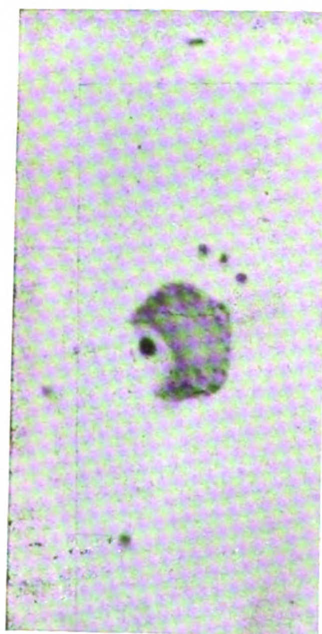
Sormani = Fig. 1



Sormani = Fig. 2



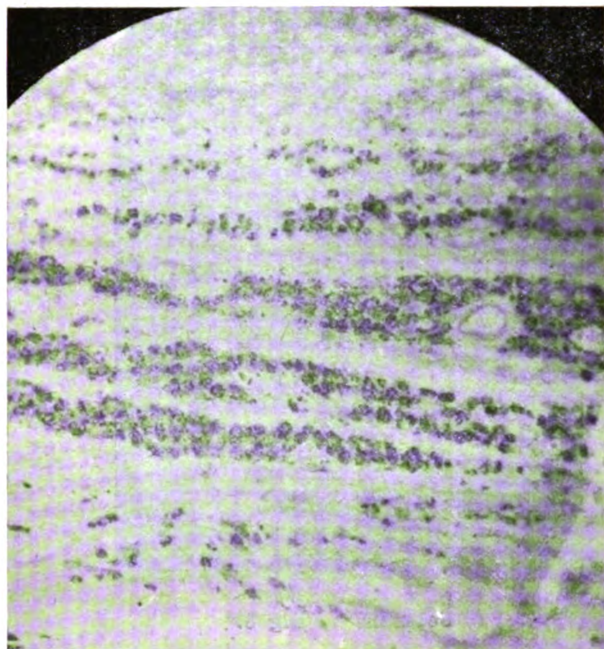
Sormani = Fig. 3



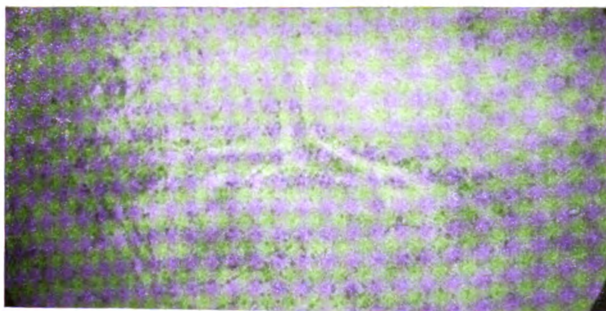
Sormani = Fig. 4



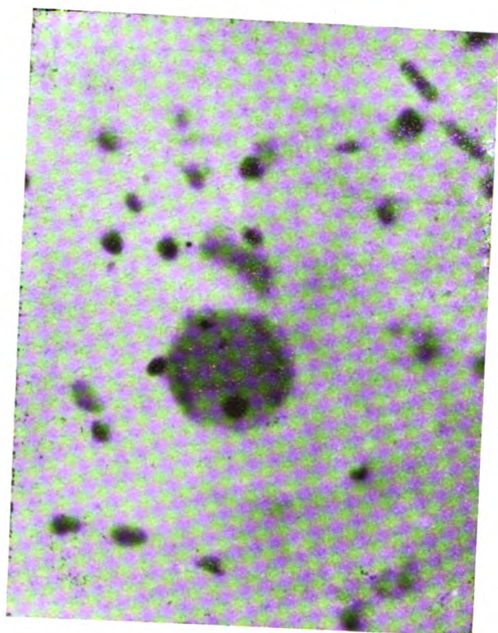
Sormani = Fig. 5



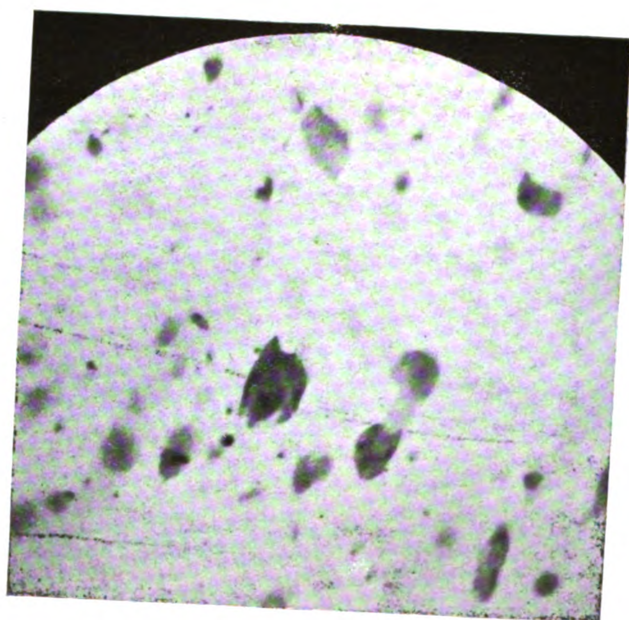
Sormani = Fig. 6



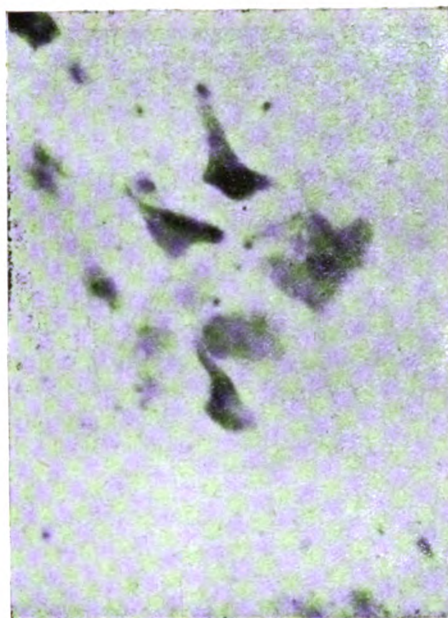
Sormani — Fig. 7



Sormani = Fig 8.



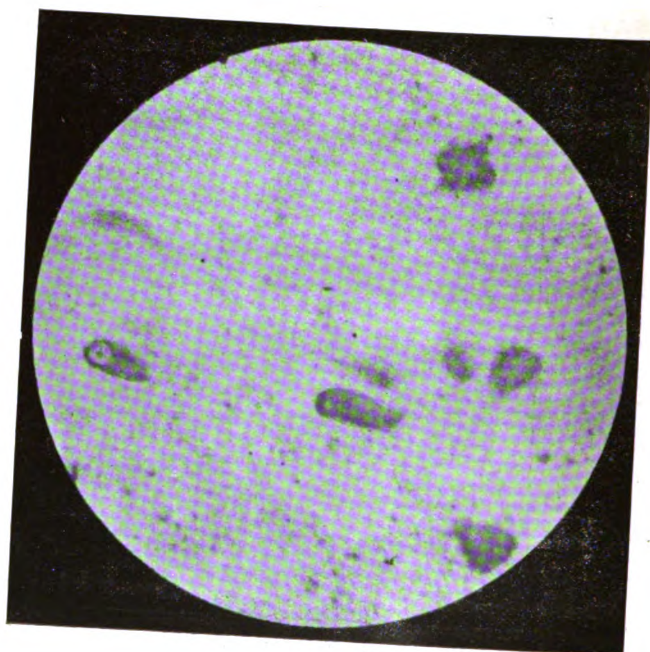
Rossi = Fig. 1



Rossi = Fig. 2



Rossi = Fig. 3



Cuminetti Fig. 1

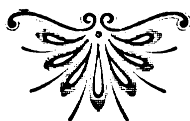


Cuminetti — Fig. 2

MANICOMIO PROVINCIALE DI GENOVA
SUCCURSALE DI VIA PAVERANO
DIRETTA DAL Dott. M. U MASINI

Contributo alla studio delle strie cicatriziali pseudo - gravidiche nei dementi precoci

per il dott. PIETRO LUCIBELLI.



PERUGIA
TIPOGRAFIA UMBRA G. BENUCCI E C.
1912

Intorno alla etiologia ed alla patogenesi della demenza precoce è sempre viva la discussione fra quelli che vogliono della forma morbosa fare un' entità degenerativa e quelli che sostengono invece la origine tossica.

I primi cercano appoggio al loro concetto anche dal fatto che nei dementi precoci, come hanno dimostrato le ricerche di Zanon (1) e di Saitz (2), numerose sono le stigmate della degenerazione.

In ogni modo quasi tutti convengono ormai che il metabolismo organico subisca delle alterazioni nei dementi precoci, come hanno dimostrato le numerose ricerche condotte in questo campo, ricerche che in Italia sono state iniziate da' D' Ormea e dal Maggiotto (3) e che, ultimamente, hanno avuto nuovo impulso dal Cuneo (4).

Questo autore, studiando in modo esatto e rigoroso il ricambio nella psicosi maniaco-depressiva e nella demenza precoce, ha trovato in tutte e due le forme una alterazione del ricambio, alterazione, che però è diversa nelle sue modalità.

Dal risultato delle sue diligenti indagini, l' autore è indotto a concludere che la demenza precoce è dovuta a processi d' intossicazione, che non sono provenienti dagli organi a funzione digestiva e restauratrice, come avviene nella psicosi maniaco-depressiva, ma dipendenti invece da qualche ghiandola a secrezione interna, la cui azione protettrice viene a mancare.

Nella demenza precoce si deve però sempre ricordare come gravi fortemente l' ereditarietà, ma come ha notato Vidoni (5), che opportunamente richiama a questo proposito le osservazion del De Giovanni, quello che si tramanda è la disposizione e la suscettibilità, per cui la forma morbosa si collega bensì all' ereditarietà, ma si esplica in quanto che su essa agisce qualche cosa d' individuale.

Ed invero, allo stato delle cognizioni, oggi tutto depone per ritenere che la demenza precoce, come sintetizza Agostini (6), sia una malattia appartenente al gruppo delle morbosità psichiche della personalità originariamente invalida, pur ritenendola malattia di natura autotossica.

* * *

Il dott. Volpi-Ghiraldini (7) richiamando l' attenzione delle frequenti e rapide oscillazioni di peso che si osservano talvolta nei dementi precoci, oscillazioni che sono un indice « sicuro, per quanto grossolano dello svolgersi irregolare del ricambio materiale in questa categoria così numerosa di alienati », rammenta come il grasso abbia speciale tendenza a depositarsi allo addome, alla faccia anteriore delle coscie, alle regioni mammarie, con conseguente distensione della zona cutanea sovrastante. Parve all' autore di osservare che il tessuto cutaneo di parecchie giovani donne affette da demenza precoce ebefreno-catatonica, e divenute adipose, fosse sfornito di quella elasticità e tenacità dei tessuti giovani, quasi si trattasse di una senescenza precoce. In queste ammalate, forse anche per la rapidità con cui ha luogo una forte distensione della pelle pel subito accumularsi di tessuto adiposo nel cellulare sottocutaneo, è pertanto possibile la formazione di numerose smagliature cicatriziali cutanee striate, lucenti, tendinee, con sede alla regione addominale ed alla faccia anteriore delle coscie presso l' arcata inguinale.

Trattandosi di donne, queste smagliature hanno un' impor-

anza maggiore dal momento che possono dar luogo a sospetti, non del tutto infondati, di gravidanze pregresse. Si conoscono, è vero, ed anzi il Volpi v' insiste su loro, moltri altri segni desunti dall' esame delle mammelle e dei genitali esterni ed interni, i quali nel loro insieme possono garantire in modo assoluto sulla reale esistenza, o meno, di gravidanze pregresse, ma tutti questi esami in clinica psichiatrica non sempre possono effettuarsi senza incontrare la viva opposizione delle pazienti, e, d' altra parte, la loro ricerca eccederebbe in non pochi casi dal compito diagnostico e terapeutico dell' alienista. L' autore nella sua memoria, richiama largamente l' attenzione degli alienisti su questo argomento e conforto il suo dire con l' illustrazione delle sue osservazioni importanti, in ispecial modo per l' interpretazione che egli attribuisce al fenomeno.

Per spiegare, di fatto, queste cicatrici, basterà invocare, come potrebbe fare qualcuno, il solo fenomeno meccanico?

Il Volpi discute esaurientemente questo argomento ricordando infine anche il fatto della gravidanza. Ma dato che la gravidanza, come causa di distensione addominale, è indiscutibilmente quella che, quasi senza eccezione, conduce alle alterazioni cutanee in parola, non si potrebbe, domanda l' A., pensare ad un perturbamento funzionale ovarico o di altra ghiandola a secrezione interna, quale causa coadiuvante, diretta o indiretta, della peculiare modificazione della cute?

La contemporanea pigmentazione della linea alba nella gravidanza è d'altronde un'altra dimostrazione « della compartecipazione attiva della cute alle complesse modificazioni del metabolismo generale ».

*
* *

Le osservazioni di Volpi hanno avuto conferma da Vidoni e da Gatti (8), i quali hanno trattato dell' argomento in un ricco lavoro intorno alle anomalie e le malattie della pelle ed annessi cutanei negli alienati.

Credo pertanto non del tutto inutile riferire sopra un' ammalata affetta da demenza precoce e ciò per un contributo allo studio di questo interessante capitolo.

Cart. N. 290.

B. C. di anni 22 da Botto freno (Piacenza) Nubile. Il padre è un nevropatico. Due fratelli della paziente son morti piccoli in seguito, sembra, a processi meningitici. La paziente è nata a termine.

La deambulazione e la parola sono comparse a tempo regolare. Verso i 4 anni ha sofferto disturbi intestinali, in seguito i comuni esantemi dell' infanzia.

Verso i 14 anni sono comparse le mestruazioni. In seguito si sono fatte, specie in questi ultimi tempi, scarse.

Psichicamente ha sempre rivelato un carattere in predominanza apatico, però accudiva bene alle solite faccende di casa e si mostrava intellettualmente come la gran parte delle ragazze della classe operaia.

Da un anno circa -- dice il padre — si è mostrata, più del solito, « difettosa di volontà ». Ha incominciato a rimanere a letto, a non muoversi, a non mangiare che a stento. Di quando in quando mostrava spunti di idee persecutorie, si lagnava di cefalee; episodicamente prorompeva in impulsi verbali.

Dal riassunto dei diarii clinici, dal lato psichico risulta umore in prevalenza depresso, però domina apatia e fatuità. L' affettività è diminuita. L' ammalata parla spesso di suicidio e si accusa di peccati senza però congrua compartecipazione del tono sentimentale. Dorme poco, alle volte è sudicia; deve essere imboccata, e talora si deve ricorrere all' alimentazione artificiale.

Fisificamente è da rilevarsi uno stato evidente di oligoemia; il pannicolo adiposo è bene sviluppato.

In corrispondenza dei quadranti inferiori dell' addone e della faccia antero-interna delle coscie si notano numerose smagliature cicatriziali madreperlacee ed alcune di un colore quasi roseo. Per il loro modo di presentarsi, tale strie ricordano, in tutto, l' aspetto di quelle della gravidanza. La paziente è vergine.



Mi è sembrato, come dicevo, utile riassumere questo caso, perchè può essere di conferma alle osservazioni degli autori citati, osservazioni che, se bene mi appongo, sono in favore della teoria che sostiene l'esistenza, nella demenza precoce, di un ricambio alterato, con ogni probabilità in rapporto, come pensa Kraepelin (9) con un'alterata secrezione interna delle ghiandole sessuali.

A mio avviso, pertanto, si può verosimilmente pensare che anche la facilità con cui avvengono, per le conseguenze delle modificazioni nel pannicolo adiposo, le strie pseudogravidiche della demenza precoce, trovi un elemento importante nell'alterato trofismo della cute, « riferibile, per citare le parole che nella sua ipotesi avanza il dott. Volpi, alle complesse alterazioni del ricambio generale e tali da modificare la normale tonicità del tessuto elastico sottocutaneo ».



Nella demenza precoce si deve però sempre ricordare come gravi fortemente l' ereditarietà, ma come ha notato Vidoni (5), che opportunamente richiama a questo proposito le osservazion del De Giovanni, quello che si tramanda è la disposizione e la suscettibilità, per cui la forma morbosa si collega bensì all' ereditarietà, ma si esplica in quanto che su essa agisce qualche cosa d' individuale.

Ed invero, allo stato delle cognizioni, oggi tutto depone per ritenere che la demenza precoce, come sintetizza Agostini (6), sia una malattia appartenente al gruppo delle morbosità psichiche della personalità originariamente invalida, pur ritenendola malattia di natura autotossica.

*
* *

Il dott. Volpi-Ghiraldini (7) richiamando l' attenzione delle frequenti e rapide oscillazioni di peso che si osservano talvolta nei dementi precoci, oscillazioni che sono un indice « sicuro, per quanto grossolano dello svolgersi irregolare del ricambio materiale in questa categoria così numerosa di alienati », rammenta come il grasso abbia speciale tendenza a depositarsi allo addome, alla faccia anteriore delle coscie, alle regioni mammarie, con conseguente distensione della zona cutanea sovrastante. Parve all' autore di osservare che il tessuto cutaneo di parecchie giovani donne affette da demenza precoce ebefreno-catatonica, e divenute adipose, fosse sfornito di quella elasticità e tenacità dei tessuti giovani, quasi si trattasse di una senescenza precoce. In queste ammalate, forse anche per la rapidità con cui ha luogo una forte distensione della pelle pel subito accumularsi di tessuto adiposo nel cellulare sottocutaneo, è pertanto possibile la formazione di numerose smagliature cicatriziali cutanee striate, lucenti, tendinee, con sede alla regione addominale ed alla faccia anteriore delle coscie presso l' arcata inguinale.

Trattandosi di donne, queste smagliature hanno un' impor-

anza maggiore dal momento che possono dar luogo a sospetti, non del tutto infondati, di gravidanze pregresse. Si conoscono, è vero, ed anzi il Volpi v' insiste su loro, moltri altri segni desunti dall' esame delle mammelle e dei genitali esterni ed interni, i quali nel loro insieme possono garantire in modo assoluto sulla reale esistenza, o meno, di gravidanze pregresse, ma tutti questi esami in clinica psichiatrica non sempre possono effettuarsi senza incontrare la viva opposizione delle pazienti, e, d' altra parte, la loro ricerca eccederebbe in non pochi casi dal compito diagnostico e terapeutico dell' alienista. L' autore nella sua memoria, richiama largamente l' attenzione degli alienisti su questo argomento e conforto il suo dire con l' illustrazione delle sue osservazioni importanti, in ispecial modo per l' interpretazione che egli attribuisce al fenomeno.

Per spiegare, di fatto, queste cicatrici, basterà invocare, come potrebbe fare qualcuno, il solo fenomeno meccanico?

Il Volpi discute esaurientemente questo argomento ricordando infine anche il fatto della gravidanza. Ma dato che la gravidanza, come causa di distensione addominale, è indiscutibilmente quella che, quasi senza eccezione, conduce alle alterazioni cutanee in parola, non si potrebbe, domanda l' A., pensare ad un perturbamento funzionale ovarico o di altra ghiandola a secrezione interna, quale causa coadiuvante, diretta o indiretta, della peculiare modificazione della cute?

La contemporanea pigm ntazione della linea alba nella gravidanza è d'altronde un'altra dimostrazione « della compartecipazione attiva della cute alle complesse modificazioni del metabolismo generale ».

***

Le osservazioni di Volpi hanno avuto conferma da Vidoni e da Gatti (8), i quali hanno trattato dell' argomento in un ricco lavoro intorno alle anomalie e le malattie della pelle ed annessi cutanei negli alienati.

Credo pertanto non del tutto inutile riferire sopra un' ammalata affetta da demenza precoce e ciò per un contributo allo studio di questo interessante capitolo.

Cart. N. 290.

B. C. di anni 22 da Botto freno (Piacenza) Nubile. Il padre è un nevropatico. Due fratelli della paziente son morti piccoli in seguito, sembra, a processi meningitici. La paziente è nata a termine.

La deambulazione e la parola sono comparse a tempo regolare. Verso i 4 anni ha sofferto disturbi intestinali, in seguito i comuni esantemi dell' infanzia.

Verso i 14 anni sono comparse le mestruazioni. In seguito si sono fatte, specie in questi ultimi tempi, scarse.

Psichicamente ha sempre rivelato un carattere in predominanza apatico, però accudiva bene alle solite faccende di casa e si mostrava intellettualmente come la gran parte delle ragazze della classe operaia.

Da un anno circa -- dice il padre — si è mostrata, più del solito, « difettosa di volontà ». Ha incominciato a rimanere a letto, a non muoversi, a non mangiare che a stento. Di quando in quando mostrava spunti di idee persecutorie, si lagnava di cefalee; episodicamente prorompeva in impulsi verbali.

Dal riassunto dei diarii clinici, dal lato psichico risulta umore in prevalenza depresso, però domina apatia e fatuità. L' affettività è diminuita. L' ammalata parla spesso di suicidio e si accusa di peccati senza però congrua compartecipazione del tono sentimentale. Dorme poco, alle volte è sudicia; deve essere imboccata, e talora si deve ricorrere all' alimentazione artificiale.

Fisificamente è da rilevarsi uno stato evidente di oligoemia; il pannicolo adiposo è bene sviluppato.

In corrispondenza dei quadranti inferiori dell' addone e della faccia antero-interna delle coscie si notano numerose smagliature cicatriziali madreperlacee ed alcune di un colore quasi roseo. Per il loro modo di presentarsi, tale strie ricordano, in tutto, l' aspetto di quelle della gravidanza. La paziente è vergine.

*
* *

Mi è sembrato, come dicevo, utile riassumere questo caso, perchè può essere di conferma alle osservazioni degli autori citati, osservazioni che, se bene mi appongo, sono in favore della teoria che sostiene l'esistenza, nella demenza precoce, di un ricambio alterato, con ogni probabilità in rapporto, come pensa Kraepelin (9) con un'alterata secrezione interna delle ghiandole sessuali.

A mio avviso, pertanto, si può verosimilmente pensare che anche la facilità con cui avvengono, per le conseguenze delle modificazioni nel pannicolo adiposo, le strie pseudogravidiche della demenza precoce, trovi un elemento importante nell'alterato trofismo della cute, « riferibile, per citare le parole che nella sua ipotesi avanza il dott. Volpi, alle complesse alterazioni del ricambio generale e tali da modificare la normale tonicità del tessuto elastico sottocutaneo ».



RICHIAMI BIBLIOGRAFICI.

(1) *Zanon.* — Caratteri degenerativi atavici e patologici nella demenza precoce. — Atti del XIII Congresso Freniatrico. — Venezia, 1907.

(2) *Saitz.* — Sul significato delle anomalie psichice in rapporto all' etiologia e patogenesi della demenza precoce. — Riv. Sper. di Freniatria, 1907.

(3) *D' Ormea e Maggiotto.* — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci. — Giornale di Psichiatria Clin. e Tecn. Man., 1904-05.

(4) *Cuneo.* — Alterazioni del ricambio pratico in alcune malattie. — Bollettino delle Scienze Mediche, 1910.

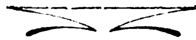
(5) *Vidoni.* — Contributo allo studio della patogenesi della Demenza precoce. — Note e Riviste di Psichiatria, 1909.

(6) *Agostini.* — Manuale di Psichiatria. — Milano, 1908.

(7) *Volpi-Ghirardini.* — Sulla presenza di strie cicatriziali pseudo-gravidiche in dementi precoci. Atti della società di Med. Leg. 1910.

(8) *Vidoni e Gatti.* — Su le anomalie e su le malattie della pelle ed annessi negli alienati. — Gazz. Med. Lombarda, 1910.

(9) *Kraepelin.* — Trattato di Psichiatria. — Milano, 1907.



Dott. RENATO REBIZZI
DIRETTORE DEL MANICOMIO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (Mantova)

OSSERVAZIONI AL PROGETTO DI MANICOMIO per la Provincia di.... Utopia

(a proposito della questione manicomiale in Provincia di Mantova)

APPUNTI DI TECNICA MANICOMIALE



È apparso, per opera d'un collega egregio, il dott. *Lugiato*, coi tipi della Società Valtellinese, Sondrio 1911, un opuscolo che si intitola: « Il Manicomio della Provincia di Utopia ». L'Autore dice: « Supponiamo una Provincia qualunque, sperduta nei paesi vaporosi del sogno e delle fiabe; una Provincia piccola, ma linda e onesta, come si conviene ai paesi evocati dalla fantasia; una Provincia dove il Presidente della Deputazione sia rappresentato da qualche vecchio incantatore, che sappia fare nel bilancio provinciale piccoli prodigi di buona e saggia amministrazione.... Supponiamo ancora che questa Provincia ideale, non troppo povera e non soverchiamente ricca, dotata di mezzi non larghissimi, ma disposta a sacrifici *per fare le cose come si conviene*, voglia erigere un Manicomio per accogliere i propri malati di mente (purtroppo la pazzia alligna in tutti i paesi) e ricorra per la scelta di un progetto ad un pubblico concorso. Quale sarebbe il mio schema di progetto, qualora vi partecipassi?

Supposta l'esistenza di questo concorso l'Autore compila un progetto completo che correda d'un buon numero di disegni, tracciati di sua mano, per far conoscere, oltre il prospetto generale del manicomio, la pianta di ciascun padiglione, della colonia agricola, dei locali d'isolamento, del palazzo per l'Amministrazione, dei fabbricati per i vari servizi generali e della casa mortuaria. Descrive e illustra tutti i locali immaginari fin nei minimi dettagli, consiglia il metodo migliore d'arredamento d'ogni

reparto e d'impianto dei servizi generali e calcola tutte le spese eventualmente necessarie per l'acquisto dell'area, la costruzione di ciascun locale, l'arredamento, l'impianto di ogni servizio, ecc. In fine dal totale desume la spesa per ogni letto.

L'Autore espone quali siano i suoi titoli per potersi presentare a dar consigli in un simile eventuale concorso. Egli ebbe la fortuna di assistere alla inaugurazione di due manicomi, quello di Padova e quello di Sondrio e partecipò alle incertezze dei primi passi di queste due Istituzioni, traendo dalle stesse incertezze, solida esperienza.

Il progetto del dott. *Lugiato* va bene; si basa su una sintesi diligente e giudiziosa di tutte le nozioni pratiche cui siamo giunti fino ad ora in merito a costruzione, arredamento e impianto dei servizi d'un manicomio. Però tutti coloro i quali hanno recensito l'opera sua, hanno detto che ne risulta un progetto quasi di maniera, che risente troppo dei due modelli su cui l'Autore fece esperienza. Considerato che parla d'una Provincia d'Utopia, si aspettavano in certo modo il progetto d'un manicomio dell'avvenire, cioè informato a un criterio nuovo, a un criterio audacemente progressista. Pare anche a me, in vero, che le discussioni sui dettagli dei vari locali, sul numero delle celle da isolamento, sulla presenza o meno di muri di cinta, sull'impianto centrale o sugli impianti autonomi per il riscaldamento, ecc., ecc., avessero già portato alle conclusioni cui giunge il nostro Autore. Tutti ci sentiremmo di costruire un manicomio secondo i criteri vigenti, prospettati dal nostro Autore, criteri tutt'altro che utopistici.

Ma l'Autore, non ostante il titolo, dirò così avvenirista, ha enunciato chiaramente e con frasi che dimostrano in lui anche una eccessiva modestia, il suo proposito, cioè di tracciare un progetto pratico e modesto per una Provincia modesta. Dunque ha il merito notevole di avere esposto le conclusioni note, in una specie di manuale pratico e comodo. Utilissimo per chi dovesse porre in atto vedute teoriche.

A questo proposito citerò ancora alcune parole di *Lugiato*,

pregando gli Amministratori che per avventura leggessero queste note, di tenerle presenti qualora si accingessero a calcolare la convenienza o meno di costruire un manicomio, sopra tutto se credessero di potere con sicurezza calcolare le spese in anticipo: « Ho potuto fare un' esperienza preziosa e tutta particolare e toccare con mano il profondo divario che passa in molti casi tra la concezione teorica e l' applicazione pratica ». « Ho dovuto imparare, a spese dei tentativi fatti e di qualche errore commesso, molte e molte cose e specialmente quante volte i migliori principi, basati sopra idee astratte, che si concepiscono a tavolino, siano contrastanti con le tristi e spoetizzanti difficoltà della vita quotidiana ». Non si tratta di un avvertimento nuovo in sè stesso, ma l' avvertimento è forte perchè è formulato in nome della *esperienza* fatta tra le difficoltà della *vita quotidiana* in manicomio.

E ora veniamo alla citazione che più mi interessa. *Lugiato* dice che si è proposto di tracciare il progetto per un manicomio capace all' incirca di 640 malati, che si possano però elevare anche a 700 senza produrre un affollamento troppo grave. Ritiene in fatti che questa cifra possa considerarsi il totale dei pazzi di una Provincia di media popolazione.

Qui io mi permetto di entrare in argomento, come se fossi uno degli iscritti al concorso immaginato dal collega. Tra i miei titoli non è l' esperienza fatta nell' impianto di manicomi, ma è la vita costantemente trascorsa in manicomio per una dozzina di anni. Alcuni nella Clinica di Firenze, che ha la rara prerogativa di funzionare come reparto d' osservazione d' un manicomio che ricovera, compresi gli Istituti succursali, circa 2000 malati e che perciò ha un movimento enorme; alcuni anni in un reparto pure per malati acuti nel manicomio di Firenze; dunque ebbi occasione di approfondire tutto ciò che riguarda il ricovero degli alienati di mente nel periodo del loro arrivo e della cura attiva, nel periodo della massima responsabilità e dei massimi oneri amministrativi. Qualche tempo nel manicomio di Perugia come aiuto del Direttore, sicchè nella necessità di approfondire que-

stioni generali e questioni amministrative, oltre che scientifiche. Alcuni anni, e fu questo il mio miglior periodo, a capo della grossa succursale del manicomio di Firenze, situata a Castel Pulci, contenente allora 350 malati, tutti cronici, semi-agitati, in un periodo di riforma completa dal lato tecnico e anche dal lato amministrativo, sicchè nella condizione favorevole per esercitare una certa tendenza allo studio dell' ingranaggio economico dell' istituto. Oltre un anno in questo manicomio di Castiglione, che si trova in una regione ove non esiste ancora manicomio provinciale e da alcune diecine di anni si dibattono, senza che siano ancora mature, vive questioni intorno a questo oggetto. In un istituto che trovai in condizioni misere dal lato materiale e dell' ordinamento e che vedo rifiorire, come illustrerò in una prossima relazione, *esclusivamente* per aver trovato il segreto, fin qui mai trovato, di proposte *amministrativamente* attuabili e che la nostra illuminata Amministrazione riconobbe davvero produttive. A questo proposito, dico, tra parentesi, che sulla soluzione del problema manicomiale nella Provincia ove io mi trovo, dissero la loro opinione molti illustri alienisti, veramente i Maestri, però da lontano e in tempo che ormai non è più da considerare recente, vista la rapida evoluzione della tecnica di manicomio e, in genere, della psichiatria. Continuando la mia storia, dirò che ho inoltre ormai visitati moltissimi dei manicomi italiani e qualcuno dell' Estero e in essi non mi sono mai stancato di indagare i dettagli d' ogni indole. Ebbi inoltre il peso e l' onore d' esser nominato segretario dell' Associazione professionale fra i medici dei manicomi, sicchè da qualche anno vivo fra inchieste e discussioni riguardanti il funzionamento degli Istituti e la condizione dei medici di manicomio.

Per tali motivi mi permetto di ingerirmi in questo concorso immaginario. Intanto mi affretto a fissare questa premessa, cioè che non si deve credere, viste le osservazioni sull' opera di *Lugiato*, che io intenda di illustrare un criterio utopistico; io resterò in vece nel campo della pratica comunissima.

Ammesso dunque che fosse indetto il concorso nei termini

stabiliti da *Lugiato*, io mi sarei dato premura di obbedire alla Onorevole Amministrazione e avrei data tutta l' opera mia per la costruzione e l' impianto dell' Istituto, qualora questo compito mi fosse toccato. Però prima avrei rivolto alcune domande alla amministrazione, che ora in vece rivolgo al dott. *Lugiato*.

Il Collega fissava il piano di un manicomio capace di 640 fino a 700 malati per la sola ragione che il totale dei pazzi d'una Provincia di media popolazione ascende a questa cifra. Perchè, mentre ha discusso e risolto una infinità di questioni, non ha degnata della minima discussione questa cifra? Supponiamo che si fosse trattato d'una Provincia contenente una popolazione di 1000 malati di mente, oppure di 2000. Data la premessa, era allora necessario, senz' altro, compilare il progetto per un manicomio contenente 1000, oppure 2000 malati. Ma è stato già molto discusso ed è stato concluso che gli istituti colossali, forniti d'un ingranaggio complicato, che esige una faraggine di mansioni, ma che naturalmente deve esser sempre mosso da una sola testa di direttore e da una sola testa di economo, non possono risultare modelli per l'assistenza tecnica e specialmente costituiscono una moltiplicazione spaventosa di oneri e di perdite amministrative. Se fosse stato necessario ricoverare 2000 malati, avrebbe forse pensato alla costruzione di 2 o di 4 manicomi? Come li avrebbe situati nella Provincia? Come avrebbe divisi i malati di vario genere nei varî istituti? Male non aver trattato queste questioni fondamentali.

Io ritengo che la direzione e amministrazione di un gran manicomio implichino tale sforzo e tale danno e tale pericolo che, mentre ammiro chi vi riesce, non possono assolutamente supporre che in una Provincia di Utopia sia lecito proporre qualcosa di simile. Per questo sono convinto che *Lugiato* ha posto il concorso in quei termini perchè, propostosi di costruire il manicomio ideale, ha subito compreso che tale istituto non può mai esser quello contenente 1000 o 2000 malati, ma è quello per circa 700, come può occorrere per una Provincia di media popolazione. Perciò si è interessato delle sorti d' una

Provincia che abbia tanti malati da ricoverare e ha abbandonate completamente al loro triste destino le Provincie maggiori.

Dunque secondo *Lugiato* evidentemente un manicomio che contenga 600 o 700 malati, può funzionare egregiamente. Del resto la maggioranza degli alienisti finora la pensava così. Anch'io ritengo che un Istituto contenente un tal numero di malati possa funzionare normalmente, possa esser diretto con coscienza e amministrato senza molto sperpero. Però, e questa è la tesi delle mie modeste pagine, ritengo che si tratti sempre di un istituto troppo grande e complicato e che si debbano d'ora in avanti costruire manicomii che contengano circa 250 malati. Siccome si discute sull'avvenire dei manicomi, è obbligatorio ricercare la condizione ottima, anzichè limitarsi ad accogliere quella buona.

Ritengo che tutti i mali che si lamentano dal punto di vista tecnico, tutto il disagio di tanti medici e tutta la rovina, occorre dire questa parola, delle amministrazioni, dipendano dalla esistenza di istituti sempre eccessivamente grandi. Credo che ogni questione si risolverà in un lontano avvenire mediante colpi di piccone ai manicomi come sono attualmente costituiti e sono lieto di iniziare in questo senso una campagna per una idea che confido, gli anni o almeno i secoli di civiltà avvenire dovranno imporre.

I pazzi dapprima non erano considerati infermi. Poi lo furono. Sorse qualche manicomio. In seguito ogni Provincia ha ambito a impiantare il suo. In avvenire tutti i centri di una certa importanza, in ciascuna Provincia, avranno il loro ospedale per i malati di mente. Cosi è accaduto per gli ospedali comuni: ora anche l'infimo paesello ha il suo piccolo ospedale, ove può essere prontamente condotto dai parenti il malato, della cui sorte i parenti e gli amici possono quotidianamente informarsi. È giusto che accada altrettanto pei malati di mente, tanto se questi rimarranno eternamente a carico delle Provincie o se passeranno a carico dei Comuni o sia che i manicomi, come molti vorrebbero, vengano statizzati. *Ferrari* diceva (Rivista Sperimentale di Freniatria, 1896, fasc. 1) che il manicomio dovrebbe, malgrado i

progressi della rispettabile burocrazia e della centralizzazione, conservare il suo carattere di Asilo nel senso più ampio; dovrebbe essere sempre l'ambulanza che raccoglie prontamente i feriti e i vinti della lotta per la vita *dovunque essi cadono.*

Ma per ora, come primo passo, non si può richiedere tutto questo; non la soppressione degli istituti esistenti, non l'istituzione, per parte delle provincie oggi prive di manicomio, di tanti piccoli istituti quanti sono i paesi d'una certa importanza. Ora io ritengo che si debba scendere a questo limite. Cioè costruzione di manicomi contenenti circa 250 malati ciascuno. Tanti in ogni Provincia quanti ne occorrono.

E perchè stabilire precisamente questa cifra? Il manicomio di Castiglione delle Stiviere avrebbe un danno notevole qualora la provincia di Mantova accentrasse tutti i malati in un nuovo manicomio eventualmente costruito a Mantova. Si eviterebbe il danno al Manicomio ove io sono impiegato, se la Provincia di Mantova ne istituisse uno di circa 250 letti a Mantova e lasciasse gli altri malati a Castiglione. Le persone maligne e leggere diranno dunque che la tesi da me sostenuta in linea generica, è sostenuta soltanto per interesse personale, per l'interesse di giovare all'istituto ove fui bene accolto, cui ho dedicato già qualche fatica e che ora va prosperando.

Ma io rispondo che, prima di tutto, sono insospettabile d'essere atto a sostenere, per mio interesse, una tesi ch'io ritenga ingiusta. In secondo luogo confesso che ambirei piuttosto, se non altro per il maggiore stipendio, a impiantare e dirigere un manicomio di 500 e magari, qualora le mie forze lo consentissero, di 2000 malati, anzichè condurne uno di 250 e per questo esula l'interesse personale a lodare i piccoli istituti. In fine fo noto che sono estraneo agli interessi del Paese, non ostante la gratitudine che debbo al Paese ospitale e particolarmente alla on. Amministrazione del Manicomio, per le prove di fiducia accordatemi.

Dunque sostengo che un manicomio contenente circa 250 malati rappresenti la condizione ideale, perchè questo é l'istituto

stioni generali e questioni amministrative, oltre che scientifiche. Alcuni anni, e fu questo il mio miglior periodo, a capo della grossa succursale del manicomio di Firenze, situata a Castel Pulci, contenente allora 350 malati, tutti cronici, semi-agitati, in un periodo di riforma completa dal lato tecnico e anche dal lato amministrativo, sicchè nella condizione favorevole per esercitare una certa tendenza allo studio dell' ingranaggio economico dell' istituto. Oltre un anno in questo manicomio di Castiglione, che si trova in una regione ove non esiste ancora manicomio provinciale e da alcune diecine di anni si dibattono, senza che siano ancora mature, vive questioni intorno a questo oggetto. In un istituto che trovai in condizioni misere dal lato materiale e dell' ordinamento e che vedo rifiorire, come illustrerò in una prossima relazione, *esclusivamente* per aver trovato il segreto, fin qui mai trovato, di proposte *amministrativamente* attuabili e che la nostra illuminata Amministrazione riconobbe davvero produttive. A questo proposito, dico, tra parentesi, che sulla soluzione del problema manicomiale nella Provincia ove io mi trovo, dissero la loro opinione molti illustri alienisti, veramente i Maestri, però da lontano e in tempo che ormai non è più da considerare recente, vista la rapida evoluzione della tecnica di manicomio e, in genere, della psichiatria. Continuando la mia storia, dirò che ho inoltre ormai visitati moltissimi dei manicomi italiani e qualcuno dell' Estero e in essi non mi sono mai stancato di indagare i dettagli d' ogni indole. Ebbi inoltre il peso e l' onore d' esser nominato segretario dell' Associazione professionale fra i medici dei manicomi, sicchè da qualche anno vivo fra inchieste e discussioni riguardanti il funzionamento degli Istituti e la condizione dei medici di manicomio.

Per tali motivi mi permetto di ingerirmi in questo concorso immaginario. Intanto mi affretto a fissare questa premessa, cioè che non si deve credere, viste le osservazioni sull' opera di *Lugiato*, che io intenda di illustrare un criterio utopistico; io resterò in vece nel campo della pratica comunissima.

Ammesso dunque che fosse indetto il concorso nei termini

stabiliti da *Lugiato*, io mi sarei dato premura di obbedire alla Onorevole Amministrazione e avrei data tutta l' opera mia per la costruzione e l'impianto dell' Istituto, qualora questo compito mi fosse toccato. Però prima avrei rivolto alcune domande alla amministrazione, che ora in vece rivolgo al dott. *Lugiato*.

Il Collega fissava il piano di un manicomio capace di 640 fino a 700 malati per la sola ragione che il totale dei pazzi d'una Provincia di media popolazione ascende a questa cifra. Perchè, mentre ha discusso e risolto una infinità di questioni, non ha degnata della minima discussione questa cifra? Supponiamo che si fosse trattato d'una Provincia contenente una popolazione di 1000 malati di mente, oppure di 2000. Data la premessa, era allora necessario, senz' altro, compilare il progetto per un manicomio contenente 1000, oppure 2000 malati. Ma è stato già molto discusso ed è stato concluso che gli istituti colossali, forniti d'un ingranaggio complicato, che esige una faraggine di mansioni, ma che naturalmente deve esser sempre mosso da una sola testa di direttore e da una sola testa di economo, non possono risultare modelli per l'assistenza tecnica e specialmente costituiscono una moltiplicazione spaventosa di oneri e di perdite amministrative. Se fosse stato necessario ricoverare 2000 malati, avrebbe forse pensato alla costruzione di 2 o di 4 manicomi? Come li avrebbe situati nella Provincia? Come avrebbe divisi i malati di vario genere nei varî istituti? Male non aver trattato queste questioni fondamentali.

Io ritengo che la direzione e amministrazione di un gran manicomio implichino tale sforzo e tale danno e tale pericolo che, mentre ammiro chi vi riesce, non possono assolutamente supporre che in una Provincia di Utopia sia lecito proporre qualcosa di simile. Per questo sono convinto che *Lugiato* ha posto il concorso in quei termini perchè, propostosi di costruire il manicomio ideale, ha subito compreso che tale istituto non può mai esser quello contenente 1000 o 2000 malati, ma è quello per circa 700, come può occorrere per una Provincia di media popolazione. Perciò si è interessato delle sorti d' una

Provincia che abbia tanti malati da ricoverare e ha abbandonate completamente al loro triste destino le Provincie maggiori.

Dunque secondo *Lugiato* evidentemente un manicomio che contenga 600 o 700 malati, può funzionare egregiamente. Del resto la maggioranza degli alienisti finora la pensava così. Anch'io ritengo che un Istituto contenente un tal numero di malati possa funzionare normalmente, possa esser diretto con coscienza e amministrato senza molto sperpero. Però, e questa è la tesi delle mie modeste pagine, ritengo che si tratti sempre di un istituto troppo grande e complicato e che si debbano d'ora in avanti costruire manicomii che contengano circa 250 malati. Siccome si discute sull'avvenire dei manicomi, è obbligatorio ricercare la condizione ottima, anzichè limitarsi ad accogliere quella buona.

Ritengo che tutti i mali che si lamentano dal punto di vista tecnico, tutto il disagio di tanti medici e tutta la rovina, occorre dire questa parola, delle amministrazioni, dipendano dalla esistenza di istituti sempre eccessivamente grandi. Credo che ogni questione si risolverà in un lontano avvenire mediante colpi di piccone ai manicomi come sono attualmente costituiti e sono lieto di iniziare in questo senso una campagna per una idea che confido, gli anni o almeno i secoli di civiltà avvenire dovranno imporre.

I pazzi dapprima non erano considerati infermi. Poi lo furono. Sorse qualche manicomio. In seguito ogni Provincia ha ambito a impiantare il suo. In avvenire tutti i centri di una certa importanza, in ciascuna Provincia, avranno il loro ospedale per i malati di mente. Cosi è accaduto per gli ospedali comuni: ora anche l'infimo paesello ha il suo piccolo ospedale, ove può essere prontamente condotto dai parenti il malato, della cui sorte i parenti e gli amici possono quotidianamente informarsi. È giusto che accada altrettanto pei malati di mente, tanto se questi rimarranno eternamente a carico delle Provincie o se passeranno a carico dei Comuni o sia che i manicomi, come molti vorrebbero, vengano statizzati. *Ferrari* diceva (Rivista Sperimentale di Freniatria, 1896, fasc. 1) che il manicomio dovrebbe, malgrado i

progressi della rispettabile burocrazia e della centralizzazione, conservare il suo carattere di Asilo nel senso più ampio; dovrebbe essere sempre l' ambulanza che raccoglie prontamente i feriti e i vinti della lotta per la vita *dovunque essi cadono.*

Ma per ora, come primo passo, non si può richiedere tutto questo; non la soppressione degli istituti esistenti, non l' istituzione, per parte delle provincie oggi prive di manicomio, di tanti piccoli istituti quanti sono i paesi d' una certa importanza. Ora io ritengo che si debba scendere a questo limite. Cioè costruzione di manicomi contenenti circa 250 malati ciascuno. Tanti in ogni Provincia quanti ne occorrono.

E perchè stabilire precisamente questa cifra? Il manicomio di Castiglione delle Stiviere avrebbe un danno notevole qualora la provincia di Mantova accentrasse tutti i malati in un nuovo manicomio eventualmente costruito a Mantova. Si eviterebbe il danno al Manicomio ove io sono impiegato, se la Provincia di Mantova ne istituisse uno di circa 250 letti a Mantova e lasciasse gli altri malati a Castiglione. Le persone maligne e leggere diranno dunque che la tesi da me sostenuta in linea generica, è sostenuta soltanto per interesse personale, per l' interesse di giovare all' istituto ove fui bene accolto, cui ho dedicato già qualche fatica e che ora va prosperando.

Ma io rispondo che, prima di tutto, sono insospettabile d' essere atto a sostenere, per mio interesse, una tesi ch' io ritenga ingiusta. In secondo luogo confesso che ambirei piuttosto, se non altro per il maggiore stipendio, a impiantare e dirigere un manicomio di 500 e magari, qualora le mie forze lo consentissero, di 2000 malati, anzichè condurne uno di 250 e per questo esula l' interesse personale a lodare i piccoli istituti. In fine fo noto che sono estraneo agli interessi del Paese, non ostante la gratitudine che debbo al Paese ospitale e particolarmente alla on. Amministrazione del Manicomio, per le prove di fiducia accordatemi.

Dunque sostengo che un manicomio contenente circa 250 malati rappresenti la condizione ideale, perchè questo é l' istituto

che può esser diretto con piena coscienza medica e senza nessuno sforzo. Inoltre è il più economico istituto. Per convincersene basta considerare la figura del direttore.

In un istituto più piccolo, che contenga 100 o poco più malati, basterebbe un solo medico per la cura dei ricoverati e per tutte le pratiche direttive. Ma si renderebbe impossibile il servizio di guardia, poichè occorre che questo sia diviso almeno fra due persone, affinchè ciascuno abbia un poco di riposo. Dunque occorrerebbe tenere due medici, un direttore e un vice-direttore. Un aggravio notevole per l' amministrazione, tanto più se questa istituisse un certo numero di istituti. Essa manterrebbe il numero doppio dei medici occorrenti per la cura dei ricoverati. Invece in un manicomio di 250 malati e magari fino a circa 300, sono sufficienti e necessari due medici, cioè un direttore e un vice-direttore. Se poi viene oltrepassato questo numero, si giunge a questa condizione, che il direttore ha tante e così complicate mansioni direttive, burocratiche, ecc., da non poter fare il servizio come vero e proprio medico in una delle due divisioni. Allora sorge di necessità la figura del direttore che non è medico curante. Occorre sempre un medico curante, o primario, per 100 o 120 malati, dunque, se, per esempio, abbiamo un manicomio con 400 o 500 malati, occorrono 4 medici curanti e il direttore, dunque 5 medici, mentre con due manicomi di 250 malati ciascuno, abbiamo in totale 4 medici. Così accade per tutti gli altri gradi.

Ma non è soltanto questione economica. Il direttore deve poter continuare ad esser medico. Più volte mi è accaduto di sentir dire da persone assunte da poco tempo al seggio direttoriale che la loro malinconia era il non sentirsi più medici, il vedersi assorbiti da pratiche burocratiche, legali, edilizie, ecc., mentre non potevano più seguire un malato. Col passare di anni e anni è evidente che il direttore si riduce bensì un burocratico abile, un mantenitore tenace detla disciplina, forse rimane un buon igienista, ma è un medico che non si trova al corrente dei progressi che ha fatto quotidianamente la medicina, con si-

curo scapito delle sue mansioni di medico-direttore, che dovrebbero continuamente esplicarsi in tante e tante questioni veramente mediche. Questa, che io dico senza ombra di voler negare il debito rispetto ai « vecchi direttori », è una verità indiscutibile.

Il decentramento nell' assistenza manicomiale è conforme alla legge della divisione del lavoro, sia dal punto di vista tecnico che amministrativo, perciò rappresenterebbe un progresso, un miglioramento nell' organizzazione del servizio e creerebbe la possibilità di maggiore avvedutezza amministrativa.

*
* *

Dal punto di vista tecnico, dobbiamo considerare particolarmente quanto segue: Occorre accentrare per gli istituti in cui è necessaria una tecnica fine per parte dei medici e degli infermieri, un vero impianto di attrezzi complicati, un armamentario speciale.

Per esempio un istituto ortopedico, un istituto fototerapico, anche una clinica chirurgica, è giusto che abbiano la possibilità di ammettere malati d' una circoscrizione vastissima, che soltanto in quel certo istituto trovano l' opera magica d' un certo operatore che ha saputo accentrare intorno a sè tutti i presidi necessari per esercitare non tanto la sua speciale abilità scientifica, quanto la sua vera e propria arte personale. Decentrando, ossia istituendo tanti piccoli stabilimenti, non sarebbe ammissibile che a nessuno di questi mancasse neppur l' ultimo dei mezzi utili alla cura, perciò si avrebbero spese enormi, dovendosi fare lo stesso impianto in più istituti, anzichè in uno.

Ma nei manicomi basta, in fin dei conti, avere buoni locali che si possano tener puliti e che abbiano serramenti sicuri, benchè dissimulati. Un medico alienista, se energico e giudizioso, disciplina e istruisce in breve gli infermieri e coi mezzi i più semplici può compiere la funzione la più utile e la più elevata che a un sanitario si possa richiedere.

Dunque il decentramento nell' assistenza manicomiale è ammissibile in tesi generale. In pratica posso accertare che funziona assai meglio un piccolo manicomio, anzichè uno grande. Del resto è facile convincersene pensando alle tante mansioni del direttore. che sono definite per Legge, ma se anche non lo fossero, si comprende, spettano per necessità al direttore. Il regolamento di stato lo fa responsabile di tutto il servizio interno sanitario e vuole che vigili su quello economico e che eserciti il potere disciplinare su tutto il personale; perciò provveda all' ammissione e al licenziamento dei malati, sopraintenda alla cura fisica e morale dei ricoverati e regoli i rapporti con le famiglie e gli esterni, organizzi tutti i servizi dello stabilimento, distribuisca e regoli le funzioni di tutto il personale, istituisca la scuola degli infermieri, ecc. Si comprende facilmente che in un grande istituto l' esercizio di queste mansioni si riduce a una pura e semplice formalità. Può avvenire invece con maggiore regolarità in un istituto ove il direttore sia medico curante in una sezione e perciò perfettamente e profondamente conscio di ciò che accade in quella sezione; avrà in questo caso anche il tempo sufficiente per informarsi ogni giorno dettagliatamente di tutto ciò che accade nell' altra sezione, in maniera da essere completamente al corrente anche dei fatti che riguardino questa. Nella migliore maniera compie il suo dovere, se si alterna col vice-direttore nelle due sezioni.

E non si dica che l' esercizio di curante distolga il direttore dalle sue vere e proprie mansioni generali; significherebbe lanciare una ironia contro un *medico*. Del resto non una, ma due visite al giorno a un centinaio di malati non tolgono che pochissime ore al giorno.

Dal lato dell'edilizia è da notare che soltanto pei piccoli istituti, cioè di circa 200 malati, si può pensare al manicomio a villaggio; con un manicomio più grande si incontra una spesa enorme, enorme perditempo e anche enorme difficoltà nel percorrere le grandi distanze fra padiglione e padiglione. È giudizio unanime che la struttura a villaggio si presta soltanto per i

piccoli istituti. Eppure è evidente che questa struttura rappresenta la condizione perfetta dal lato tecnico.

Quasi lo stesso si dica per i padiglioni staccati e alquanto distanziati, che pure sono possibili in un ambito ristretto, mentre sono scomodissimi per il servizio quando per andare dal primo all' ultimo padiglione si deve percorrere, per esempio, un paio di chilometri, come purtroppo avviene in qualche istituto. Come possono i malati giovarsi dell' opera del medico, nei casi d' urgenza, se il medico, per giungere nel luogo ove è richiesto, deve percorrere tanta strada, specialmente con la pioggia o con la neve? Il medico farà quelle che chiamerei le iniezioni di ioscina per telefono, ossia, saputo che un Tizio è agitato e pericolosissimo, ordinerà per telefono al capo-infermiere o alla suora di fare una iniezione di ioscina, senza poter constatare se il malato, di regola fisicamente valido, in quel momento sia febbricitante o presenti qualche altra controindicazione all' uso del pericoloso alcaloide.

In quali condizioni arriverà, specialmente d' inverno, il vitto ai ricoverati nei padigiioni lontani dalla cucina? Inoltre questo servizio e il trasporto di biancheria, utensili, medicinali ecc., se non verrà fatto con speciali mezzi di trasporto, perchè troppo costosi, verrà fatto in maniera inumana; cioè saranno caricati alcuni pazienti che dovranno correre ogni giorno sotto il sole o la pioggia o nella neve. Se viene impiantata una cucina in ogni reparto un po' lontano dal centro, la spesa è insopportabile e il servizio è anche peggiore, dunque non si troverebbe un altro metodo.

E il passaggio d' un malato che è in preda ad agitazione, da un padiglione di tranquilli a un padiglione agitati, o, peggio, d' un malato febbricitante che deve essere accolto in infermeria, con quanto disagio sarà fatto! In certe occasioni accadrà senza dubbio che un agitato dovrà restare a dar molestia ai tranquilli, un malato di forma fisica resterà in un padiglione ove non può aver cure e ove rappresenta pericolo di contagio per gli altri.

A parte i casi d' urgenza, è ammissibile che il direttore e

il medico curante e il personale di vigilanza, specialmente col cattivo tempo e, anche peggio, nella notte, vadano con una certa frequenza a sorprendere il servizio in tutto l' istituto?

I signori direttori di manicomio, costretti a tollerare una simile condizione in alcuni istituti che conosco e che, per il resto, sono ottimamente organizzati, non si abbiano a male delle mie osservazioni. A me pare che, di contro alle tendenze utopistiche di qualcuno, i padiglioni di un grande manicomio debbano occupare la minima area possibile, compatibilmente con la necessità di aria e di luce abbondantissime. Ottimamente fecero coloro i quali, a parte la teoria, in pratica hanno costruito padiglioni simmetricamente disposti e a breve distanza. È certo però che in un piccolissimo istituto la distanza può essere, in proporzione, maggiore, a conforto dell' igiene e della tranquillità, e senza nessun ostacolo, perchè tutte le distanze sono, in complesso, quantità trascurabili.

Concludiamo che quanto più piccolo è un manicomio, tanto meglio funziona; un istituto di 250 malati funziona meglio che uno di 500. In pochi momenti può esser girato tutto. Da una finestra si può guardare e ascoltare sull' ambito di tutto l' istituto. Un solo malato può fare quanti viaggi vuole, senza esaurirsi, per portare in breve tutto ciò che occorre ai vari reparti. Si intende che ogni piccolo istituto deve avere poi un terreno estesissimo per la colonia agricola.

A questo proposito è da notare che quanto minore è l' istituto, una maggior proporzione di malati vien messa al lavoro perchè questi da ogni parte si possono osservare e vigilare e facile è ricondurli al sicuro qualora non abbiano contegno corretto. Utile grandissimo viene alla cura dei pazienti, cui giova, più d' ogni altro mezzo, la ergoterapia.

Ma ciò che più importa è una vera e propria ragione umanitaria. Se invece di un manicomio, in una Provincia di media estensione, ne esistono due, assegnati ai due centri principali, si abbreviano i viaggi dei malati, poichè ciascuno dei due manicomi naturalmente, accoglie i malati di una zona più ristretta.

Chi ha fatto servizio lungamente in un reparto d'osservazione d'un grande manicomio, ha visto frequentemente in quali tristissime condizioni giungano i malati; talora questi giungono in condizioni da morire dopo pochi giorni o dopo poche ore, oppure arrivano così esauriti da non trovare più risorse per la guarigione della psicopatia. Nell'estate, legati su un carretto con cigne inadatte o con funi che recidono loro la pelle o che li contundono atrocemente, percorrono, sotto la sferza del sole e nella polvere, chilometri e chilometri; nell'inverno sotto la pioggia o nella neve, sicchè giungono assiderati. Quanto minore è il tragitto, tanto minore è il danno dei malati.

Vi sono poi casi tristissimi, quelli in cui, per esempio, i documenti non sono in regola. In questi casi, dopo il viaggio lunghissimo, i malati debbono ancora stazionare fuori del manicomio, oppure essere condotti nei varii uffici perchè si ottenga un ricovero di urgenza. E i parenti sommano con la sventura della malattia mentale piombata su uno dei loro cari il disagio di perdere, a causa del ritardo, la possibilità d'un ritorno sollecito a casa, dovendo pernottare nella città ove ha sede il Manicomio.

È tanto grave questa questione che ha dato luogo recentemente a uno studio accurato di *Maggiotto* e a una breve polemica. *Maggiotto* (Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale, 1909) fra le altre faceva questa considerazione che i paesi da cui provengeno i malati distano generalmente in modo considerevole dal luogo ove è situato il manicomio e credeva di poter far fronte al male suaccennato proponendo l'istituzione presso gli ospedali civili di una camera d'osservazione. Riguardo alla organizzazione di questa, si limitava a desiderare che vi fosse preposto un alienista. Giustamente sulla stessa Rivista, nel 1910, *Muggia* protestò. *Maggiotto* rispose senza però correggere la proposta. *Muggia* dimostrava come fosse tutt'altro che pratica quell'idea e in sè stessa erronea; come queste sale sarebbero sempre state un pessimo locale che avrebbe accolti tutti i peggiori elementi dell'ospedale; clamorosi, disordinati, insubordinati, più i disgraziati infermi di mente acuti, talora co-

scienti, forse i soli cui è realmente necessario il Reparto d' Osservazione d' un manicomio, istituito secondo i criteri della legge. Secondo me, con l' idea di *Maggiotto*, si ritornerebbe all' antico; sia pure per un brevissimo periodo, i malati di mente bisognosi del trattamento che soltanto la tecnica di manicomio più fine può dare, starebbero in luogo inadatto, sarebbero assistiti da personale inesperto e non sarebbero osservati da un alienista, perchè è assurdo immaginare che ogni ospedale abbia un alienista per una sala, ove di tanto in tanto possa capitare nn alienato di mente. Queste sale che già esistono in tutti gli ospedali, rappresentano, come dice lo stesso personale dell' Istituto, il lato peggiore, il più trascurato e anche il più antipatico di tutto l' Istituto.

E questo è necessario. Non si può concepire infatti un luogo ove, anche per poche ore si accolgano malati di mente acuti, che non sia istituito come un reparto di vigilanza continua d' un istituto d' osservazione; vi sono indispensabili la sala di vigilanza, i camerini, il bagno, il refettorio, il personale sufficiente e abile nel giorno e nella notte e l' alienista. È assurdo pensare che ogni ospedale abbia tutto questo per accogliere soltanto i 2 o 3 malati all' anno, cui non fu possibile preparare i documenti in tempo per l' ammissione al manicomio.

Eppure la premessa da cui partiva *Maggiotto* per la conclusione erronea, non era altrettanto erronea, anzi era giustissima e giudiziosa. La conclusione era dettata dalla constatazione di una vera e propria necessità. Perciò ritorniamo alla conclusione solita che i malati debbono essere inviati al manicomio da una dirtanza minima. Così qualunque pratica si risolverebbe in breve. Dunque siamo sempre nella necessità di affermare che occorre in ogni piccolo centro un piccolo manicomio completo. In tal caso vi sarebbe convenienza perchè il manicomio accoglierebbe un numero discreto di malati e il reparto di vigilanza avrebbe sufficienti ricoverati cioè tutti coloro che si ammalano in quella regione e i numerosi individui affetti da episodi acuti intercorrenti, già ricoverati nello stesso istituto. I malati cronici in tale

piccolo ambiente sarebbero indispensabili nei servizi di nettezza e come sussidio nei servizi generali.

Nelle grandi città Estere, specialmenle di Germania, l' affollarsi delle persone, il vivere vertiginoso, che è schivo di inciampi, la maggiore evoluzione delle persone e perciò la più squisita sensibilità, hanno reso necessario un provvedimento che è la prova sicura che giungeremo col tempo alla conclusione da me enunciata, del massimo decentramento. È noto cioè che furono istituiti i così detti Asili urbani, che, come rilevava *Ferrari* nella relazione del III Congresso Internazionale dell' Assistenza degli Alienati, tenuto in Vienna nel 1908 (Rivista sperimentale di Ereniatria, 1908, fasc. 3-4) furono suggeriti dalla difficoltà dell' imediato ricovero degli alienati delle grandi città, i cui manicomi sorgono a troppa distanza e dalla necessità di risparmiare all' alienato il trasporto sempre incomodo e spesso pericoloso fino al lontano manicomio. Tali asili hanno 40-60 letti e sono organizzati come piccoli manicomi per acuti. Tengono luogo dei reparti d' osservazione degi ospedali comuni, ma invece di costituire dei magazzini deposito dei malati, funzionano come veri ospedali, mettendo in opera subito i mezzi di cura, che quanto più sono sollèciti, tanto più hanno probabilità di riuscire efficaci. Nella stessa Rivista, nell' annata 1896, fasc. 4, *Ferrari* recensiva un' opera di *Sommer* di *Giessen* (Bremer Nachrichten 1896). Questo autore sosteneva la necessità che in tutte le città di circa centomila abitanti fossero costruiti piccoli manicomi sul tipo di quelli già esistenti a Breslau e a Würtzburg, contenenti fino a 200 letti per acuti e per cronici in periodi acuti intercorrenti.

Ripeto che a me pare non convenga fare a meno, specialmente nei piccoli istituti, dei cronici, che in gran parte sono utili pei vari lavori e alleviano il bilancio della amministrazione e che inoltre ogni tanto, per gli episodi acuti intercorrenti, hanno bisogno delle stesse cure dei nuovi ammessi. Ad ogni modo qui si deve notare perchè si cade in una così assurda e ripugnante ingiustizia? Quella di preoccuparsi tanto dei cittadini e non della popolazione rurale. In città e nelle vicinanze di essa

è tutta una rete di facili comunicazioni, di tram, automobili, vetture, ecc., che manca totalmente nelle campagne lontane dai grandi centri. Nelle campagne per sè stessa la popolazione è assai più diluita in uno spazio vastissimo. Perchè non preoccuparsi di creare simili asili, cioè piccoli manicomi anche nei centri secondari, che abbiano la loro circoscrizione su un raggio non molto maggiore di quello che si riferisce a un asilo cittadino? Eppure la popolazione rurale da un fortissimo contingente al manicomio e ha assai meno risorse che non quella cittadina, ha meno facile la scelta del medico, non la possibilità di consultare specialisti, che son tutti in città, non la possibilità di trovare persone adatte all' assistenza immediata in famiglia. Si sarebbe dunque meno ingiusti se si disseminassero nelle varie provincie alcuni piccoli manicomi, anzichè costruirne uno solo prossimo alla città capitale, come accade di regola, e in questa, per sopra mercato, impiantare anche gli asili urbani.

Recentemente *Funaioli,* trattando della organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell' esercito (Rivista Sperimentale di Freniatria, 1911, fasc. 1-2) sente anch' egli la medesima necessità che io vado prospettando, sicchè chiede l' istituzione di convenienti comparti psichiatrici entro gli ospedali militari o attigui a essi. Vorrebbe comparti costituiti in modo da rappresentare dei manicomi in miniatura. A pian terreno stanze per il personale di servizio, cessi, lavandini, sale idroterapiche, ecc., refettorio e sala di soggiorno; celle da isolamento. Nel piano superiore dormitorio per tranquilli e dormitorio per semi-agitati; un altro per malati di mente febbricitanti (amenza febbrile ecc.) uno per pazzi affetti da malattie intercorrenti (tifo, polmonite e simili). Nelle adiacenze del comparto, lavorazioni, in cui si applicherebbero i malati, particolarmente giardinaggio; i malati poi attenderebbero ai servizi di nettezza, di cucina, da imbianchino ecc. Cita in proposito quanto fu fatto in Germania e in Austria ove 11 su 24 Garnisonspitäler hanno analoghi istituti con medici alienisti.

Dunque è questo un altro segno della necessità che si sente

di decentrare, anzi di frazionare l' assistenza dei pazzi. Nell' Esercito si sentirà anche il bisogno di educare negli appositi istituti i medici alla psichiatria, ma principalmente questi costosi comparti di ospedale vengono richiesti per ovviare alla difficoltà di sollecito trasporto dei malati nei rari e perciò sempre lontani manicomi civili, ove d' altra parte, i medici militari, eccetto quelli che risiedono nel luogo del manicomio civile, non han tempo di recarsi, non dico per studio, ma neppure per attingere notizie.

Un' altra ragione in favore del decentramento, che, secondo il mio parere, viene, per importanza, subito dopo la precedente, è quella di render facile ai parenti di recarsi a visitare i malati. È ovvio che quanto minore è il raggio d' onde provengono i malati al manicomio, tanto maggior facilità hanno i parenti di andare a vedere i loro cari. È questione di umanità anche questa. Quando una famiglia è colta dalla sventura d' una malattia mentale in un suo membro, e si è dovuta distaccare da questo, è umano che abbia almeno il conforto di poterlo vedere ogni tanto. È giusto specialmente nei primi tempi, quando è ancora fresco il dolore del distacco dal malato, quando i parenti sentono la necessità di vivere in vicinanza del malato le prime ansie, le prime soddisfazioni o le maggiori angoscie. Sopratutto occorre evitare il disagio e il danno materiale che i parenti incontrano quando debbono recarsi all' unico manicomio della Provincia, lontanissimo dalla periferia; lo strapazzo del viaggio la spesa e la perdita d' una o di più giornate di lavoro.

E per quanto alcuni lo neghino, non è affatto vero che i parenti dei malati di mente si disinteressino dei loro cari. Sono stato costretto in questo istituto, per evitare eccessivo affollamento, a procedere, prima che a tante altre innovazioni, a quella di rendere più frequente il parlatorio. Qui i parenti avevano diritto di vedere i ricoverati soltanto il Sabato e la Domenica dalle 10 alle 11 e io mi son trovato nella necessità di aprire il parlatorio tutti i giorni nella stessa ora. Ciò nonostante debbo, e questo non mi dispiace affatto, dare frequentemente permessi in altre ore.

Io ritengo che sia ottima cosa in sè stessa la frequenza di visite dei parenti ai malati. Tali visite mantengono vivi o suscitano negli alienati di mente tutti i sentimenti familiari e sociali che nell' individuo isolato dal mondo si spegnerebbero. Altrimenti non si farebbe che secondare la tendenza alla demenza completa. *Scholtz* (Ueber Reforme der Irrenpflege 1896, recensito da *Ferrari* in Rivista Sperimentate di Freniatria, 1896, fasc. 4) proclamava senz' altro necessaria la massima libertà nei rapporti fra malati e parenti riguardo alle visite e alla corrispondenza e diceva che questo è uno degli elementi per rendere il manicomio simile all' ospedale, come deve essere.

Faceva rilevare anche altri lati giustissimi della questione, cioè che le visite frequenti dei familiari sono necessarie affinchè i medici possano conoscere tutti i dettagli riguardanti il primo periodo della malattia, dettagli su cui deve fondarsi la diagnosi e la cura. Specialmente questa idea era originale e profonda, cioè che la vicinanza dei parenti al manicomio e perciò le visite frequenti sono utili perchè tolgono un poco per volta molti pregiudizi già radicati in tutte le persone, compresi i medici non specialisti. Anche questi avrebbero agio, essendo spesso informati dei malati, di tenersi al corrente di ciò che riguarda le malattie mentali. Si tratta d' un vantaggio d' importanza sociale notevole. Lo stesso autore diceva che, anzichè essere ampliati i manicomi esistenti, doveva essere aumentato il numero di essi e che la cifra massima di ricoverati in ciascnno doveva essere di 300.

Marandon de Montyel (Archives de Neurologie, 1897, pure recensito da *Ferrari* nella stessa Rivista, 1897, fasc. 1) sostiene che le visite dei parenti debbono esser fatte a volontà, senza determinazione di ore, nè di giorni, nè di durata e che le visite a giorni e ad ore fisse sono una barbarie, perchè gli operai non possono sempre esser liberi in quei giorni, nè sempre hanno mezzi per il viaggio. Questo dimostra come siano da ritenere necessarie le visite dei parenti e come sia utile che questi non debbano venire da lontano al manicomio. Soltanto

con l'istituzione di piccoli manicomi in molti centri secondari, questo Istituto si renderà popolare, verrà considerato un vero e proprio ospedale e i malati avranno in esso maggior giovamento perchè non avranno vergogna di entrarvi e specialmente di uscirne; non proveranno quell'avvilimento o quel senso di ribellione che è tanto dannoso alle loro condizioni psichiche.

*
* *

Ora, siccome parlo agli alienisti, accènnerò ad un altro vantaggio che deriverebbe dalla istituzione d'un maggior numero di manicomi. Il vantaggio che sarebbe secondato su vasta scala l'interesse professionale perfettamente legittimo d'una migliore carriera per la classe dei medici alienisti. Vi sarebbe maggior numero di posti di direttore, perciò minor numero di medici scontenti, con grande benefizio per l'andamento del manicomio. Sono convinto anch'io che non vi è condizione più infelice di quella del medico di manicomio subordinato in terza e magari in quarta linea a un altro medico, come è il direttore. Per esempio è necessaria e dignitosa la figura dell'assistente in clinica chirurgica, ove occorre più di una persona per l'atto operativo; è necessaria o ammissibile in clinica oculistica, ove, a parte la necessità di più persone per gli atti operativi, si hanno mansioni tanto svariate, che vanno dalle applicazioni topiche, per esempio, in caso di congiuntivite, agli esami per mezzo di apparecchi d'ottica delicatissimi e complicati; dagli atti operativi alle cure generali, specialmente della diatesi e alle ricerche di istololgia e particolarmente di bacteriologia, veramente indispensabili per la diagnosi e la cura. Ma non è degno, mi si permetta l'espressione, obbligare a lungo un medico nella funzione di vero e proprio assistente di manicomio. Questa condizione dette luogo a dibattiti asprissimi, in cui sorgevano proposte che erano pessimi ripieghi, che avrebbero dato ai Manicomi danno peggiore di quello notevolissimo che proviene dal malcontento senza dubbio esistente; per questo fui anch'io e lo sono tutt'ora

tra i sostenitori di ciò che si doveva considerare il male minore, cioè il mantenimento degli assistenti con le mansioni che a questi competono nei manicomi retti con vedute larghe. Mi fondavo su questo principio che nei grandi istituti ogni reparto esige un servizio tanto gravoso da richiedere l'opera di due persone le cui mansioni si integrino perfettamente e perciò le due persone debbono dipendere l'una dall'altro; dunque necessità del primario e dell'assistente.

Ora sono del tutto convinto che in un lontano avvenire non si potrà considerare degna altra condizione che quella dell'esistenza d'un direttore e d'un vice direttore. Mansioni eguali a ciascuno come curante, e mansioni direttive in uno, attributo vicariante nell'altro in caso d'assenza del primo. Così di buon accordo l'uno potrà realmente integrare le sue funzioni con quelle dell'altro piuttosto riguardo alla loro presenza, che riguardo al servizio e il manicomio, cioè il personale dipendente, i ricoverati e i servizi, saranno diretti senza urti, senza contrasti.

Ma qui dobbiamo accennare anche ad un'altra ben diversa questione. Molti posti di direttore di manicomio sorgeranno in brevissimo tempo se gli alienisti chiederanno energicamente, forti delle disposizioni contenute nella Legge sugli alienati una migliore sistemazione degli alienati ricoverati fuori dei manicomi. Vi fu chi ripeteva la frase: « I manicomi agli alienisti! » Ma non si è fatto ancora nulla per ottenerlo. Una speculazione poco umana delle amministrazioni, aiutata da cattiva interpretazione di disposizioni legislative, ammassa molti individui, affetti da vere e proprie malattie mentali, che richiedono una vera e propria cura e custodia manicomiale, se non altro per i periodi intercorrenti frequentissimi e pericolosi, in certi ospizi o ricoveri, in cui non è assolutamente possibile che i malati abbiano nemmeno il puro necessario, se si pensa che, col caro-viveri di questi tempi, ivi costano pochi centesimi più d'una lira al giorno. Ivi alcuni malati sono lontani dai parenti; non vi è un medico alienista; il medico condotto del luogo fa qualche visita. Magari il diret-

tore d' un manicomio compie la formalità di recarsi una volta al mese a dare un' occhiata. Poi vanta questo metodo di sfollamento del suo istituto....

I ricoveri per i così detti cronici tranquilli, ormai esistono in numero notevolissimo. Dovrebbeso essere istituiti in veri e propri manicomi e ciascuno dovrebbe essere diretto da un alienista nominato per concorso e fornito dei titoli che si esigono per veri direttori di manicomio. Si potrebbe allora sperare in u i trattamento umano dei ricoverati.

I così detti cronici innocui, la così detta zavorra dei manicomi, sono in gran parte un portato della cattiva assistenza. Come in passato si creavano gli agitati violenti, assolutamente antisociali, mediante l' isolamento perenne di malati irrequieti, così ora si riducono alla demenza completa oppure al peggiore abrutimento dell' idiozia, inviandoli per tempo ai ricoveri, individui che in un ambiente manicomiale potevano migliorare. Quasi tutti i malati di mente, in fatti, secondo i moderni criteri, possono e dovrebbero esser curati, cioè rieducati nel soddisfare alle loro necessità personali, nel lavoro, nello studio, ecc. Questo non si fa assolutamente nei ricoveri.

Si noti che fui per alcuni anni in un vero e proprio manicomio succursale, non ricovero, per cronici semi-agitati e ho visto molte guarigioni complete quando i pazienti furono curati e rieducati col lavoro e particolarmente col regime e con le vere e proprie cure mediche dell' apparato digerente e del ricambio, che sono necessarie ai così detti cronici semi-agitati e talora anche ai cronici tranquilli, anzi ai più torpidi.

Per i motivi fin qui addotti, non consento affatto coi colleghi che vogliono ben distinto il manicomio a cura attiva dal manicomio per cronici. Perchè le amministrazioni ne abusano e tendono a istituire il manicomio per acuti e poi seppelliscono in certi locali del tutto inadatti, a mangiare pane e insalata, senza vigilanza, senza cura psichiatrica, tutta quella che chiamano la zavorra. Se la così detta zavorra, che è costituita pur sempre da malati di mente, avesse le cure e sopratutto la rieducazione che

le è necessaria, costerebbe quasi come costano i malati acuti; in locali inadatti, anzi, richiederebbe il pagamento d'una retta maggiore.

Mi riserbo di ritornare sulla questione dei ricoveri, coi risultati d'una inchiesta, e confido che gli alienisti agitino questa questione.

Ma non solo i ricoveri sono ingiustamente, per i malati e per gli alienisti, sottratti ai medici versati nella specialità. Vi sono anche tanti piccoli manicomi provvisori e sezioni d'ospedale che fanno servizio di manicomio; questi istituti debbono restare, riformati in veri e propri manicomi, diretti da chi abbia comprovato la capacità di direttore secondo la legge. Degnissima di studio è, a questo proposito, la condizione della Provincia di Belluno, ove il manicomio provvisorio di Ponte nelle Alpi compie un servizio utilissimo, secondo ciò che si rileva da una interessante relazione del Collega *Duse* (Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale, 1911, fasc. 1-2).

E ora mi permetto di utilizzare lo stesso argomento dei ricoveri anche per la tesi principale, giacchè da ogni parte si mostra la verità. In pratica noi troviamo che i molti ricoveri sono un indizio della necessità sentimentale e morale del decentramento. Essi furono tollerati, nel loro sorgere, per il vivo desiderio che gli abitanti dei vari centri avevano di rivedere presso di loro i propri malati almeno nella fase cronica della malattia. In fatti ai vari ricoveri si mandano generalmente persone che erano domiciliate ove sorge il ricovero. Mi convinsi pienamente di questa genesi visitando tutte le numerose succursali dell'Umbria, cioè di Foligno, Città di Castello, Spoleto e Rieti, che contengono complessivamente oltre 500 ricoverati provenienti dal manicomio di Perugia.

Dirò poche parole, essendo in argomento d'indole professionale, sull'unica obiezione apparentemente seria che può esser fatta alla mia tesi della necessità d'impianto di piccoli manicomi con due sanitari. È appunto una obiezione di tale indole.

Essa si può scindere in varie proposizioni:

I. — La carriera dei medici di manicomio sarebbe avvilita, perchè un direttore d' un piccolo istituto non potrebbe più aspirare a quello stipendio di 7000 od 8000 lire che attualmente godono i direttori dei massimi istituti.

II. — Sarebbe scomodo per un direttore di manicomio continuare tutta la carriera nel servizio di guardia e in tutti quei servizi che possono toccargli quando si trova da solo nello stabilimento.

III. — Poca libertà avrebbe ciascun medico, essendo necessario che sempre o l' uno o l' altro sia nello stabilimento.

IV. — Si potrà dire che, essendo un poco aggravati di servizio, i due sanitari potrebbero trascurare il loro compito; per questo, ecco la nota sensibile, i malati non avrebbero nei piccoli istituti tutto quel vantaggio curativo che io sostengo vi trovino, in confronto coi malati dei grossi manicomi.

È un insieme di obiezioni che, veramente, per ragione di dignità, potevano anche ersere trascurate. In complesso si tratta di questo che, pure essendo utile ai malati l' essere accolti in piccoli istituti, nella loro regione, questo metodo non sarebbe comodo ai medici. Si tratterebbe dunque del più puro egoismo, di cui i sanitari darebbero prova, qualora insistessero in queste obiezioni.

A parte la pregiudiziale, non è poi vero che venga avvilita la carriera manicomiale; anzi, mentre ora un numero infimo di medici giunge al seggio direttoriale, si avrebbero in avvenire numerosissimi posti di direttore. La carriera sarebbe democratizzata, con vantaggio dei più. Lo stipendio, un po' minore, sarebbe proporzionato alla responsabilità evidentemente minore, perchè è certo che un direttore che guida 2000 malati incontra maggior numero di probabilità di danno personale e per l' Istituto. Di conseguenza deve compiere un lavorio enormemente superiore di prevenzione e di repressione. I direttori sarebbero dunque ricompensati in giusta misura secondo l' opera loro; perciò non avrebbero nulla di che lamentarsi. Nei piccoli istituti avrebbero tempo sufficiente per altre occupazioni.

Quanto alla seconda proposizione, fo rilevare che un medico deve ritenere nobilissime tutte le funzioni del medico, anzi non è più medico quello che limita tali funzioni. Dunque un direttore di manicomio può benissimo compiere il servizio di guardia per tutta la sua carriera. Questo servizio è antipatico in un grande istituto, per la necessità di eseguire disposizioni di altri sanitari in alcuni reparti che non si conoscono, ma è piacevole in un piccolo ambiente, ove tutto è a conoscenza del sanitario, che perciò compie le mansioni di medico di guardia con piena coscienza e con tutta soddisfazione. Inoltre non esiste fatica materiale, perchè in un piccolo ambiente non si hanno distanze e son sempre minori le probabilità di intervento d' urgenza. I colleghi sanno che passano mesi e mesi senza che si sia chiamati d' urgenza nè di notte nè di giorno.

Riguardo alla terza proposizione, a me pare che due medici soli possano godere sufficienti ore di libertà. Nella peggiore ipotesi potrebbero fare, a giorni alterni, poche ore di servizio nella mattina e passare tutto il resto del giorno in vacanza; in tal caso avrebbero anche troppa libertà. Certo che per molte ore del giorno uno sarebbe legato al servizio, ma essi sono stipendiati per questo, non per fare come in certi grandi manicomi, ove sono così numerosi i medici che avviene il cambio fra loro ogni 2 o 3 ore. Il medico va in servizio, sbriga in fretta le sue mansioni e poi attende sul portone dell' istituto, col cappello in testa, il collega che rientri. Sarà comodo ai medici, ma io ritengo giusto che chi è stipendiato in maniera da poter dedicare quasi tutta la sua energia al manicomio, sia costretto per ore e ore ad indagare l' animo degli infermi e a cimentare, nel laboratorio scientifico, i portati quotidiani della scienza. Nei manicomi ove fossero 2 soli gli assistenti, giovani e bistrattati, bisognosi di attendere anche ad altro lavoro, che non sia quello inerente all' impiego, sarebbe ingiusto che gravasse tutto il servizio di guardia su loro; occorrerebbe che almeno uno dei primari prendesse parte a questo turno. Ma quando i medici sono due soli, stipendiati abbastanza, possono dedicarsi completamente all' istituto.

L'ultima evidentemente sarebbe una obiezione ipocrita. L'obiezione è a vantaggio del medico pigro e vien tirato in ballo il « malato che soffre ». È evidente che due medici, i quali si affezionino a un istituto, anzichè andarsene a spasso tutti e due, e questo nessuna persona seria potrebbe immaginarlo, tanto più in considerazione del reparto d'osservazione, si trovano nella contingenza, non solo di potere, ma di dover compiere il loro servizio assai meglio che i numerosi sanitari i quali, nei grandi istituti, si danno il cambio di ora in ora e, solo per formalità, si passano quelle consegne di cui riescono a ricordarsi.

Sono dunque obiezioni da poco, ma ne ho dovuto parlare perchè, confesso, mi furono accennate da qualche collega cui esponevo la mia convinzione sulla necessità del decentramento manicomiale.

In conclusione si consideri che tutti i piccoli ospedali son condotti da uno o due medici; tanti e tanti uffici di questo mondo, anche delicatissimi e irti di responsabilità maggiori delle nostre, sono affidati ad una sola persona.

*
* *

Ora veniamo a considerare il lato amministrativo della questione che stavo trattando. Poichè, pure essendo giustissima una tesi dal punto di vista tecnico, occorre studiare se non sia disastrosa amministrativamente.

Io sono convinto, per esperienza, che i malati accolti in un certo numero di piccoli istituti vengono a costare meno che gli stessi malati accolti tutti nello stesso istituto. Facciamo l'esempio di ciò che riguarda una Provincia di media popolazione. Due manicomi contenenti ciascuno 250 malati costano meno di un manicomio che ne contenga 500, sia per l'impianto, come per l'esercizio dell'istituto. Teoricamente questo sembrerà un paradosso, eppure già da molti anni io mi son convinto che, in pratica, è una legge infallibile. In teoria impiantare due cucine, due lavanderie, ecc., e corredare ogni servizio dello stesso personale,

sembrerebbe dovesse condurre a spesa quasi doppia di quella che si incontrerebbe raccogliendo tutto in un solo esercizio. Fppure non è cosi.

Premetto ehe si illudono gli amministratori i quali prima di impiantare un istituto dicono e affermano come una verità indiscutibile che il loro istituto verrà a costare tante lire per letto. Siano pure persone competenti per analoghi impianti, siano pure calcolatori avvedutissimi, si accorgeranno dopo alcuni anni di esercizio quale enorme differenza è fra il risultato pratico e la loro teoria che pure fu basata sui numeri: Le costruzioni superano sempre il preventivo d' un tanto che non si poteva supporrre, spesso nascono liti con l' impresario dei lavori e perciò sono necessarie spese per azioni giudiziarie. Per queste si ritarda l' ingresso nei nuovi locali, che si deteriorano, sicchè i locali poi vanno rifatti. Durante la costruzione e nei primi tempi d' esercizio il direttore riesce a strappare con la sua buona grazia al Presidente della Amministrazione, nei momenti di buon umore cui il Presidente va soggetto, concessioni apportatrici di altrettanto malumore negli impiegati i quali, facendo i primi calcoli, non potevano immaginare queste maggiori spese. E si noti che le pretese dei direttori sono senza fine nè confine; riguardano la scelta dell' area, i limiti di questa, la scelta dei materiali, la quantità d' acqua, il genere di fognatura, ogni minimo dettaglio nei serramenti, nell' arredamento, i mezzi di ricerca scientifica, per fino la ricchezza dei moduli a stampa, ecc., ecc. Se l' amministrazione ha la sventura di inciampare in un direttore un pò esigente, addio preventivo. Basta, per esempio, che esiga, come i più, che ogni muro sia rivestito di stucco lucido per far gettar via migliaia di lire in un' opera che dopo pochi giorni i malati rovinano con qualche colpo e con pochi graffi e che non può esser riparata. Non tutti comprenderebbero l' utilità delle pareti semplicemente tinte col bianco di calce fino in terra, senza che sia neppure segnato lo zoccolo, come io ho ottenuto qui, pareti che si raschiano e si disinfettano anche ogni giorno e nello stesso tempo si restaurano con una mano di bianco di calce che

può esser data da un malato o da un infermiere. Questo metodo economico e sano, cito a modo di esempio il più semplice. Ma passiamo ad altro : Le forniture riescono a un prezzo troppo diverso da quello supposto ; il numero degli infermieri calcolato, si vedeche non basta ; il metodo di riscaldamento non funziona, sicchè vanno comprati altri apparecchi accessori. E così via dicendo. Si va a finire dove, per esempio, è finita l'amministrazione che, a Rovigo, costruì il manicomio, ma poi, non ostante i calcoli che aveva fatti, si è trovata nella necessità veramente amara, o per lo meno non tanto dolce, di affittare i locali, si dice, a una impresa che vi ha impiantato uno zuccherificio ! Così si giunge al punto che, amministrativamente, si ha una questione manicomiale e una questione gravissima ove già esiste il manicomio, non si ha ove non esiste manicomio e la Provincia ricorre, sia pure con contratti onerosi e con danno dei malati, a manicomi di altre e talora lontanissime Provincie.

Volendo impiantare d'un colpo un grande manicomio i pericoli, naturalmente, sono maggiori che istituendo, uno per volta, un paio di piccoli istituti.

Veramente ciò che accade all'estero in questa materia non sempre è da prendere come esempio. Confesso che io ho una ammirazione veramente sconfinata con la genialità collettiva dei tedeschi, ma non posso fare a meno di disprezzare certe imprese come per esempio quella attuatasi recentemente a Vienna. Ivi è sorto il manicomio « Am Steinhof » che fu definito una meraviglia della tecnica manicomiale e che è capace di molte migliaia di letti. Dal lato tecnico io sono sicuro che vada pessimamente e questo non lo deduco dal fatto apparso sui giornali poco tempo dopo l'impianto dell'istituto, cioè che ivi fu possibile l'uccisione d'un alienato a calci per parte degli infermieri ; lo deduco dalle mie modeste nozioni di tecnica manicomiale. Però dal lato amministrativo è senza dubbio qualcosa d'assurdo se si pensa alle finanze delle nostre amministrazioni provinciali e se si sente la normale ripugnanza a qualsiasi spreco inutile di energie e cosi alle spese inutili. È un manicomio cui si da sempre

l' appellativo di sontuoso. I suoi 61 corpi di fabbrica comunicano fra loro per mezzo di tram elettrici. La spesa di costruzione fu di 23 milioni di corone e la spesa per l' acquisto dell' area (154 ettari) fu di 4 milioni e mezzo di corone. Un sanatorio per pensionanti, capace di 300 letti, è costato da solo 5 milioni di corone. Tutti restano ammirati, ma tutti si affrettano a dichiarare che una simile impresa non va imitata perchè eccessivamente costosa. Si sa del resto che fu costruito non tanto per criteri tecnici, quanto per ragioni d' ambizione e per desiderio di dar guadagno.

Anche in Italia, del resto, finora fu fatta astrazione dai criteri tecnici. Visto che i malati di mente sono a carico delle Amministrazioni Provinciali, queste hanno risolto di costruire il loro manicomio, generalmente nel capoluogo della Provincia. Se nella Provincia sono 200 alienati, hanno costruito il manicomio per 200, se ve ne sono 500, per 500, se 1000, per 1000 alienati e se 2000, hanno impiantato un istituto per 2000 pazienti. Dunque il numero di ricoverati d' ogni istituto non è calcolato secondo criteri medici, e questo è molto male. Ma aggiungo che non furono seguiti neppure criteri topografici, particolarmente quello di non danneggiare paesi troppo lontani dal capoluogo. E, ciò che è peggio per le amministrazioni medesime, non si agiva neppure con giudizio amministrativo.

Si seguiva nella maniera più semplicista e secondo le consuetudini fissate da alcune Provincie fin dall' antico, il compito di ospitalizzare gli alienati. Questa mi pare una grave considerazione che dovrebbe subito spingere a calcolare se l' ascesa senza limiti nella popolazione d' un istituto diretto e amministrato dallo stesso numero di persone che sono nei piccoli manicomi, non debba dar luogo a disordine e a sperperi. Recentemente la Provincia di Genova ha avuto bisogno d' un nuovo manicomio e lo ha impiantato per circa 2000 malati. La Provincia di Milano ha in vista due progetti di riforma del suo metodo d' ospitalizzazione dei suoi alienati. Continuerà a mantenere un istituto per 2000 ricoverati? Qualche buon consiglio dette il più intel-

ligente degli alienisti italiani, il prof. *Morselli,* alla Provincia di Genova, cui insegnava almeno di porre un direttore ogni 1000 malati, cioè di fare due manicomi in uno, a quanto risulta da notizie apparse sui Quaderni di psichiatria. Speriamo che questo consiglio valga a far pensare se non sia giusto ridurre ancora.

Veniamo adesso a considerare in qualche dettaglio la tesi che io sostenevo: È un fatto che nelle piccole aziende si economizza facilmente e si evitano gli sperperi con altrettanta facilità. In un piccolo manicomio il servizio d' economato procede meglio. Il direttore si addentra maggiormente nelle condizioni della amministrazione e sente il dovere di fare economizzare fin dove è possibile. Può rendersi conto di tutto ciò che si consuma o si danneggia fino in ogni angolo dell' istituto e può provvedere. In un istituto più grande deve rimettersi al senno dei dipendenti. L' economo, in un piccolo istituto, può tutto vigilare, tutto indirizzare, anzi condurre ogni cosa da sè e per questo può fornire un ottimo trattamento con poca spesa. In un istituto maggiore deve rimettersi al commesso, alle suore e a tanti altri che non possono aver coscienza delle responsabilità dell' ufficio amministrativo. Questo è il fondamento principale della legge enunciata, ossia che, conforme l' ammonizione di *Lugiato,* giustissima in fatto di manicomio, passa un profondo divario tra la concezione teorica e l' applicazione pratica.

Del resto, mantenendo fermo l' esempio che abbiamo fatto, cioè d' un manicomio per una provincia di media popolazione, possiamo anche in teoria trovare elementi che dimostrano non ostare difficoltà amministrative alla tesi. Calcoliamo dunque ancora sul caso d' una Provincia che stia per costruire un manicomio per 500 malati e invece venga consigliata a dare una migliore assistenza ai suoi contribuenti i quali ne abbiano bisogno, impiantando 2 manicomi di 250 malati ciascuno. Le nostre considerazioni poi si potranno estendere, bene inteso, con una certa relatività, al caso di Province che abbiano maggior numero di alienati da ricoverare:

Dal lato della edilizia un manicomio per 500 letti e due

per 250 ciascuno, non importeranno una spesa diversa. Questo per il semplice motivo che ormai non è più ammissibile che si costruisca un istituto in un solo blocco di fabbricato. I manicomi vengono costruiti a padiglioni separati e quelli per tranquilli possono avere il pian terreno e il primo piano, quelli per agitati o per malati, in genere, pericolosi, debbono esser costituiti dal solo pian terreno. Dunque è assolutamente identico costruire, per esempio, in un istituto 8 padiglioni, oppure 4 in uno e 4 nell' altro istituto. Nei tempi passati, quando un solo fabbricato, un solo ca ermone, come siam soliti dire, doveva servire ad albergare tutta la svariatissima popolazione manicomiale, bastava, con la stessa spesa dell' area, delle fondamenta e del tetto, un piano di più per ammassare nel fabbricato il doppio di popolazione. Ora questo non è neppure da mettere in discussione.

Per l' impianto dei servizi generali, dovendo metter su due cucine, due lavanderie, due magazzini, si ha forse maggiore spesa? Non credo, perchè i muri di questi locali saranno più brevi e il tetto sarà meno ampio che nel caso d' un solo manicomio che richieda una sola cucina, ecc. E i muri e il tetto si possono contrattare a un tanto al metro. Così per l' arredamento; in una piccola lavanderia basterà un solo idroestrattore, mentre in una lavanderia più grande ce ne vogliono due; anche in una cucina che è la metà di un' altra, basta la metà numero di pentole che nell' altra. È sempre questione di numero, non di dimensioni, dunque in due piccoli manicomi, anche per l' impianto di questi servizi, si spende complessivamente lo stesso che in un manicomio grande il doppio.

Quanto al funzionamento, chi ha pratica di manicomio, ha la certezza che nei piccoli istituti occorre, in proporzione, assai meno personale che nei grandi, in parte perchè i ricoverati possono prestarsi, proporzionalmente, in maggior numero, in parte perchè il personale preposto, data la piccola azienda, può esercitare una funzione materiale senza intralciare l' opera dei dipendenti, è anzi obbligato, perchè con le mansioni generali sarebbe troppo poco occupato. Fo un esempio: In un piccolo istituto

una suora che si occupi di tutti i servizi generali, può trovar tempo per cucinare delle pietanze. In un istituto più grande le varie suore, preposte a ciascuno dei servizi, sono così occupate nel regolare il ricevimento e la distribuzione degli oggetti, e tutto il movimento, da non potere fare nient' altro.

Ma proprio nell' impianto dei locali di due piccoll istituti si possono fare economie. Consideriamo il modello di manicomio tracciato da *Lugiato* per circa 500 malati. L' autore vuole annesse alla cucina le stanze da pranzo del personale; due stanze, una per lato, per la consegna delle vivande ai singoli padiglioni, ognuna di tali stanze in comunicazione, mediante uno sportello di distribuzione, con un' altra stanza cui deve accedere il personale addetto ai servizi sanitari per ritirare i cibi destinati ai reparti; un ufficio per la dispensiera, per le registrazioni e la contabilità; due stanze per i pasti del personale addetto ai servizi di cucina; una sala da pranzo per i medici e l' annesso *fumoir*. Così presso a poco per tutti i vari servizi, in un istituto ove sia un personale un po' numeroso, che deve pure far capo a una sola cucina, a una sola lavanderia, ecc., son necessari tanti locali, perché, come dice bene *Lugiato,* a tutti è noto che altrimenti si hanno « inutili dispersioni di servizi, complicazioni fastidiose, oziosi andirivieni, pettegolezzi e gelosie ». Ma in una piccola azienda, con scarso personale, tutto questo è inutile. Una tavola in un cantuccio della cucina basta per la refezione d' una o due persone addette alla cucina; lo scarso personale dei reparti non può fare a meno di prendere i pasti in sezione; le quattro stanze per la consegna del vitto non occorrono per quelle 4 persone che vanno a prendere il vitto pei 4 reparti; in vece dell' ufficio della dispensiera, basta un registro e qualche modulo su un banco dell' ufficio d' Economato, anzi è utile sia così, per un più facile controllo dell' Economo; i medici non saranno in tanti da richiedere la sala da pranzo e il *fumoir ;* i due soli che vi sono prenderanno i pasti nel loro alloggio.

Così nei manicomi per 500 malati si rende già necessario un edificio apposta, naturalmente con la sua spesa per l' area,

le fondamenta, il tetto, ecc., per gli uffici dei medici e dell'amministrazione. In un piccolo istituto un paio di stanze annesse a uno dei reparti meno clamorosi, bastano per gli uffici della direzione e un paio di stanze nel locale dei servizi generali, bastano per l'economato. Nel manicomio un po più grande, questo non sarebbe possibile perchè il maggior numero di locali necessari e il maggior movimento di estranei toglierebbe l'euritmia e anche la quiete a quella che rimane sempre la stessa identica unità, cioè al padiglione di tranquilli o al locale dei servizi generali.

Appare dunque lucidamente una fonte inesauribile di economie, alla stregua degli insegnamenti che fornisce la pratica quotidiana. Dico fonte inesauribile di economia perchè un numero minore di sale fa risparmiare assai anche nell'esercizio dell'istituto; mi si permetta di entrare nei dettagli più volgari, cioè proprio nella vita pratica. e si vedrà che minor numero di sale significa minor consumo di energia elettrica, meno soda per lavarle, meno segatura per asciugarle, meno spese di manutenzione per ripararle ogni tanto, ecc.

Sempre a proposito di spesa per l'area, le fondamenta e il tetto, e, come vedremo, per le comunicazioni tra i vari idifizi, è da notare che per il ricovero dei pazienti in un piccolo istituto, si può rendere necessario di impiantare un solo padiglione invece di due perchè il genere di malati che deve essere collocato in uno e nell'altro è così scarso da non permettere la distinzione. In fatti non si potrebbe impiantare un padiglione, per esempio, per 15 o 20 malati. Così l'infermeria e il reparto agitati possono trovar luogo in uno stesso padiglione, ben costruito per lo scopo. Anche dal punto di vista tecnico questo è giusto perchè gli agitati hanno spessissimo bisogno del trattamento in letto, d'un vero e proprio trattamento da infermeria. Man mano va anzi scomparendo la vera e propria sezione degli agitati come si concepiva qualche anno fa, cioè un inferno ove si sottoponevano allo stesso regime quei casi di amenza, di melancolia ansiosa, di demenza precoce negli episodi confusio-

nali, che ora si curano in letto nella infermeria e i pochi casi veramente degni del reparto agitati, ossia quelli di esaltamento maniaco e, per usare un termine generico, i casi di agitazione in persone lucide e fisicamente valide. Sicchè, ammessa l'opportunità di unire in uno stesso locale il reparto agitati e il reparto infermeria, in un manicomio piccolo, possono, per esempio, bastare 4 padiglioni, due per gli uomini, tranquilli e agitati-infermeria,e due per le donne, in un manicomio che contenga il numero doppio di malati, non bastano 8, ma sono necessari 10 padiglioni, perchè altrimenti si avrebbero due padiglioni che, per quanto vasti, conterrebbero tanti ricoverati, quanti non è più ammesso che stiano in un solo fabbricato. Se, per esem io, l'impianto di due manicomi contasse più, per la necessità di due cucine, costerebbe meno per il minor numero di padiglioni.

È interessante anche considerare qualche dettaglio dei padiglioni. Non è più ammissibile l'impianto unico, centrale, dei bagni, ma è necessario un impianto autonomo in ogni padiglione, dunque in un manicomio che contenga eventualmente 8 padiglioni si hanno 8 impianti di bagni, in due manicomi che contengano ciascuno 4 padiglioni, si hanno complessivamente pure 8 impianti; dunque la stessa spesa. Così per il riscaldamento. È assolutamente condannabile l'impianto centrale, perchè costa troppo alimentarlo, costa enormemente la sua manutenzione e non raggiunge mai lo scopo. In fatti i tubi che conducono il calore ai vari padiglioni, non ostante la più attiva introduzione di carbone nei fornelli, si raffreddano e non riscaldano le parti periferiche dell'istituto, menre arrostiscono le parti centrali. Perciò è obbligatorio l'impianto di un apparecchio in ogni padiglione. Dunque anche per questo vale la considerazione che abbiamo fatta prima.

In un manicomio per 500 malati l'area è già tanto vasta che si rendono necessarie spese per l'impianto e il funzionamento di campanelli elettrici e di telefoni tra i vari fabbricati ed è necessaria anche una certa spesa per il trasporto del vitto dalla cucina ai vari reparti, si compia questo anche per mezzo

dei più modesti carrelli a mano. In un piccolo istituto si vanno a prendere e a portare notizie personalmente e qualunque cosa si trasporta a mano, date le brevi distanze.

Questo per un manicomio con padiglioni vicini. Nel caso poi che la distanza dei vari padiglioni fra loro sia notevole, si giunge a conseguenze peggiori, fino a quella di dover mantenere un medico oltre quelli che realmente occorrerebbero, con una spesa di alcune migliaia di lire annue soltanto per questo. *Seppilli*, *Guicciardi* e *Tambroni*, che costituivano la commissione nominata dal XIV congresso freniatrico ed incaricata di riferire sul manicomio di Perugia (Annali del Manicomio di Perugia, 1911, fasc. 1-2) osservano che, data la estensione e la disposizione dei molti edifizi di tale istituto, molto distanti fra loro, in maniera che costituiscono come due sezioni autonome, debbono essere resi più facili e più spediti (leggi: Più costosi) i mezzi di comunicazione tra i vari reparti e sopratutto che nella sezione femminile deve risiedere costantemente un medico; donde rilevano il bisogno di aumentare il personale sanitario.

Riguardo al personale abbiamo già accennato al direttore. Riassumiamo qui la questione: In un manicomio di 250 malati basta un direttore e un vice direttore. Data la modesta importanza dell'istituto, per ora al direttore bastano 5000 lire di stipendio, al vice-direttore ne proporrei 4000. In tutto 9000 lire. Per due di questi istituti, occorrono dunque 18000 lire. Per un manicomio di 500 malati, occorrono un direttore con almeno 6000 lire di stipendio e 4 medici con 4000 lire ciascuno, cioè 22000 lire. Se ci si ostina a mantenere la distinzione fra medici primari e assistenti, se ne avrebbero due a 4000 lire e due a 3000, dunque 6000 più 8000, più 6000, eguale a 20000. Inoltre il vitto nei giorni di guardia agli assistenti, che in generale non hanno famiglia, cioè circa un altro migliaio di lire annue. Dunque, anche nell'ipotesi peggiore, un manicomio per 500 malati costa, per il servizio medico, più di due che ne ricoverino 250 ciascuno. Gli stessi identici calcoli si debbono fare per tutto il restante personale sia della divisione uomini che della divisione

donne e dei servizi generali, ove a furia di vice-capi, di capi, vice ispettori e ispettori, necessari per collegare i servizi frazionati nei vari locali, senza nessun dubbio si trova la stessa differenza di migliaia di lire annue in più nelle spese per il manicomio unico. Si aggiunga che in economato in questo caso occorre almeno un commesso, mentre un economo di un piccolo istituto, con una modestissima retribuzione, ha tempo sufficiente per fare il servizio da sè. Per il carteggio d' un piccolo istituto basta la pazienza dei capi-ufficio e l' aiuto d' una suora o d' un ricoverato; in un istituto più grande è necessario l' archivista, o commesso di direzione. Pensiamo perfino al servizio dei cadaveri. In un piccolo istituto ho sempre visto che è fatto da un paio di infermieri addestrati a tale ufficio; in un istituto più grande, siccome questo lavoro assume una entità notevole, si rende necessario un paio di persone stipendiate apposta per il trasporto dei cadaveri, la preparazione di questi e l' assistenza durante l' autopsia; per esporre e incassare i cadaveri e per far servizio nel laboratorio scientifico. E così, via dicendo, vanno via ancora molte migliaia di lire annue.

Per la sartoria, cioè per confezionare tutti gli abiti occorrenti ai ricoverati, io ho visto bastare completamente, in un piccolo manicomio,un solo malato, un demente cronico che lavori pacificamente, quasi senza bisogno di vigilanza, purchè sia lasciato solo. In un manicomio più grande necessariamente occorrono 2 o 3 malati e allora nasce fatalmente la necessità di un infermiere-operaio che li sorvegli, perchè non sarebbe ammissibile che questi malati stessero insieme senza adoperare l'uno contro l' altro, prima o poi, gli strumenti pericolosissimi che maneggiano. In due piccoli manicomi della Svizzera ho visto che la funzione di portiere, per lo meno temporaneamente, veniva affidata a un malato lucido e tranquillo, con evidente economia di personale. In un Istituto maggiore, specialmente se è in città, si capisce facilmente che sarebbe assurdo pretendere altrettanto, se non altro per le complicate comunicazioni telefoniche, ma specialmente per il notevole movimento di persone. A proposito

del personale, si confronti la pianta organica d'un istituto di circa 500 malati con quella d' un piccolo istituto, per esempio del manicomio di Mendrisio che contiene precisamente 250 malati ed è giustamente definito il manicomio modello sia dal lato tecnico che dal lato amministrativo e lo è, secondo il mio parere, appunto perchè contiene un numero giusto di malati. Si vedrà che pianta organica ridotta *(Amaldi.* Il Manicomio Cantonale di Mendrisio, Milano 1906). Due di questi manicomi hanno sempre assai meno personale che un manicomio di 500 malati. A Mendrisio per esempio l' amministrazione ha un segretario contabile con attribuzioni di economo; un vice-segretario con attribuzioni di capo-mastro per i lavori di manutenzione e di fattore per la colonia agricola. Si cerchi l' amministrazione di un manicomio per 500 malati che non abbia il segretario, il vice-segretario, l' economo e un commesso, il fattore, l' ortolano e il muratore.

Si aggiunga che ove la Provincia impianta un solo manicomio, lo situa presso la città principale, dunque si può dire in città. Ivi gli infermieri e tutto il personale hanno maggiori bisogni, sicchè occorrono stipendi più elevati, indennità, case popolari, ecc.

In campagna, cioè presso un piccolo centro, ove evidentemente almeno uno dei piccoli manicomi d' una provincia sarebbe situato, gli infermieri hanno pochissime pretese per loro e per la famiglia, siccome sono passati direttamente dal mestiere di coloni a quello di infermieri e serbano pei loro parenti la casetta avita e il campicello.

Ritornando un momento a considerare i ricoverati, dobbiamo accennare ancora che l' esistenza d' un solo manicomio nella Provincia e perciò l' obbligo di lunghi viaggi rende maggiori alle amministrazioni le spese di viaggi, che le competono per malati e personale che li accompagni. Anzi queste spese non esistono per gli istituti la cui giurisdizione si estende per breve raggio; i parenti ritirano sempre col loro carrettino o a piedi i loro cari.

Vi è poi un problema importantissimo, che è quello della assistenza familiare, sia della omofamiliare che della eterofamiliare. So che alcune amministrazioni fondano tutte le loro speranze di economia su essa. È possibile svilupparla quando un manicomio trovasi in aperta campagna oppure prossimo a un piccolo centro. È impossibile vicino a città importanti perchè la stessa vita e lo stesso movimento della città si estende e si dirama per le campagne circonvicine, sicchè ai pazienti affidati in custodia domestica capitano contatti e pericoli incompatibili con la loro condizione di alienazione mentale, benchè cronica e abitualmente pacifica. Per questo, se una Provincia ha, oltre il manicomio che è prossimo alla città principale, un altro manicomio situato in campagna, col trasferire a questo i ricoverati adatti, che da questo passerebbero alla custodia familiare, può diminuire assai la popolazione dei due istituti e, secondo alcuni, risolvere la questione economica. Porto un esempio: La principale città della Toscana ha un grande manicomio alle sue porte, anzi entro la cinta daziaria, di dove non ha mai potuto porre in assistenza familiare nessun malato; ha una grossa succursale in aperta campagna, ove invia i malati adatti a questo scopo e di dove vengono degnamente collocati nelle famiglie dei coloni prossimi.

Da questo argomento passiamo a quello delle dimissioni dei malati in genere. Si potrebbe dire che in un grande manicomio, posto direttamente sotto il controllo della amministrazione, facile sarebbe per questa stimolare, o, mi si permetta l'espressione, molestare il direttore per ottenere da lui il maggior numero di dimissioni e così sfollare il manicomio e, di conseguenza, risparmiare. Prima di tutto, quella di dimettere i ricoverati è la più alta e la più delicata e la più pericolosa mansione del direttore come tecnico alienista. Dunque non è corretta nessuna influenza in questo senso, per il bene del malato, affinchè sia salva la responsabilità del direttore e affinchè non sia danneggiata la società con la dimissione di elementi pericolosi. In secondo luogo, per il direttore d'un manicomio il maggiore ideale,

cui tendono tutti gli sforzi, cui mira tutto il lavoro quotidiano, é quello di poter guarire e perciò dimettere dal manicomio il maggior numero di persone. Molte dimissioni dimostrano che il manicomio ha una notevole importanza, che è un buon ospedale e sopra tutto che è diretto con scienza e coscienza; dunque nessun bisogno di sollecitazioni. Perciò é assurdo pensare che un maniconio, sia pur sottratto completamente al controllo della amministrazione che paga le rette, dia uno scarso numero di dimissioni per negligenza specifica o per animo deliberato del direttore. Egli può mancare in ogni altra mansione ma non in questa. Per lo meno, se manca in questa, sarà tanto negligente in tutto il resto, da non potersi mantenere normalmente al suo posto.

Se mai le dimissioni dei ricoverati debbono essere più scarse in un grande manicomo anzichè in un piccolo. Certamente avvengono con maggiore lentezza, ossia i pazienti rimangono qualche giorno più che non rimarrebbero in un piccolo istituto. In fatti in un manicomio in cui il direttore non è anche medico curante, questi non conosce a fondo i malati, mentre è responsabile delle dimissioni; non può dunque giudicare subito appena il medico primario ne fa cenno, della dimissibilità d'un paziente. Perciò gli occorre sempre qualche giorno di osservazione. Ove le cose procedono regolarmente, si compie qnesta pratica. Il medico primario trova che un paziente è dimissibile e aspetta finchè non ne capiti ancora qualche altro per fare, come si suol dire, « una infornata ». Quando ne ha 3 o 4 ne parla al direttore e il direttore fissa il giorno in cui li può esaminare. Siccome il direttore è sempre occupato per dare severe ammonizioni agli infermieri e ascoltare i loro reclami, per discutere coi rappresentanti della Camera del Lavoro che chiedono i soliti « miglioramenti » per gli infermieri, per ricevere i parenti dei rettanti, per discutere con l'economo, per studiare con l'ingegnere qualche restauro, per conferire col Presidente della amministrazione, ecc., ecc., vien rimandato più volte il giorno per l'esame dei pazienti già maturi alla dimissione. Finalmente si

compie la formalità; il direttore esamina i malati, prende visione delle molte pagine di storia clinica e di diario scritte in bello stile e con buona calligrafia da uno dei poveri assistenti, e firma il foglio d' uscita. Si calcoli quante giornate di retta, per esempio a lire 2 ciascuna, si son perdute per uno e poi per due e poi per quattro pazienti dal giorno in cui il primario, dopo averci pensato su per molto e molto tempo, si era deciso a ritenere dimissibile il primo di tali pazienti.

Così in condizioni comuni, ma avvengono i casi in cui il direttore e il medico curante non si trovano d' accordo; allora occorre altro tempo per le discussioni tra loro e con gli altri sanitari. Si va anzi istituendo nei manicomi il consiglio sanitario. Questo dovrebbe anche risolvere le vertenze fra direttore e medico curante circa la dimissibilità dei malati. Dunque altri giorni per attendere che si aduni il consiglio, mentre l' amministrazione spende la retta per il paziente dimissibile.

Invece in un piccolo istituto, il direttore, che è medico curante in una delle sezioni e che ogni giorno frequenta anche l'altra sezione, appena vede un malato in buone condizioni, lo consegna ai parenti. Anzi molte volte, mentre non pensava neppure a dimettere un tale, che è in condizioni appena un poco migliori di prima, si trova a parlare coi parenti, cui deve render conto da sè stesso, riceve da loro sufficienti garanzie di cura e di custodia anche a casa e, senz' altro lo fa vestire coi suoi panni e lo manda via.

E qui ritorniamo alla solita questione della vicinanza del manicomio ai parenti dei malati. *Lavizzari* compilava una nota con molto buon senso a questo proposito (Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale, 1909) e concludeva che si può assai spesso fare l' esperimento di dimettere i malati quando la vicinanza dell' istituto all' abitazione dei malati renda agevole il pronto ricovero di questi appena la sintomatologia della forma morbosa di nuovo insorga o si aggravi. Notava che oltre ad essere utile per l' Amministrazione, il licenziamento precoce dei malati è in armonia con gli insegnamenti della psichiatria moderna.

cui tendono tutti gli sforzi, cui mira tutto il lavoro quotidiano, é quello di poter guarire e perciò dimettere dal manicomio il maggior numero di persone. Molte dimissioni dimostrano che il manicomio ha una notevole importanza, che è un buon ospedale e sopra tutto che è diretto con scienza e coscienza; dunque nessun bisogno di sollecitazioni. Perciò é assurdo pensare che un maniconio, sia pur sottratto completamente al controllo della amministrazione che paga le rette, dia uno scarso numero di dimissioni per negligenza specifica o per animo deliberato del direttore. Egli può mancare in ogni altra mansione ma non in questa. Per lo meno, se manca in questa, sarà tanto negligente in tutto il resto, da non potersi mantenere normalmente al suo posto.

Se mai le dimissioni dei ricoverati debbono essere più scarse in un grande manicomo anzichè in un piccolo. Certamente avvengono con maggiore lentezza, ossia i pazienti rimangono qualche giorno più che non rimarrebbero in un piccolo istituto. In fatti in un manicomio in cui il direttore non è anche medico curante, questi non conosce a fondo i malati, mentre è responsabile delle dimissioni; non può dunque giudicare subito appena il medico primario ne fa cenno, della dimissibilità d'un paziente. Perciò gli occorre sempre qualche giorno di osservazione. Ove le cose procèdono regolarmente, si compie qnesta pratica. Il medico primario trova che un paziente è dimissibile e aspetta finchè non ne capiti ancora qualche altro per fare, come si suol dire, « una infornata ». Quando ne ha 3 o 4 ne parla al direttore e il direttore fissa il giorno in cui li può esaminare. Siccome il direttore è sempre occupato per dare severe ammonizioni agli infermieri e ascoltare i loro reclami, per discutere coi rappresentanti della Camera del Lavoro che chiedono i soliti « miglioramenti » per gli infermieri, per ricevere i parenti dei rettanti, per discutere con l'economo, per studiare con l'ingegnere qualche restauro, per conferire col Presidente della amministrazione, ecc., ecc., vien rimandato più volte il giorno per l'esame dei pazienti già maturi alla dimissione. Finalmente si

compie la formalit
delle molte pagi
stile e con buo
il foglio d'
a lire 2
per c
per

Diceva che si rendono facili le dimissioni qualora i parenti non debbono venire da lontano, anche perchè i parenti medesimi potendo venire spesso a trovare un malato, hanno occasione di convincersi che esso è in condizioni discrete, anzichè crederlo, secondo i pregiudizi correnti, un feroce individuo. Per gli stessi motivi, egli si obietta, aumentano le ammissioni; ma inumano sarebbe non favorire anche queste nell' interesse dei malati e dalla Società. La frequenza di dimissioni precoci, ad ogni modo, compenserebbe ad usura l' aumento di qualche ammissione.

I piccoli dettagli che sopra ho rivelati sono l' espressione della vita vissuta, la riproduzione dell' esercizio pratico quotidiano nel grande e nel piccolo manicomio. Non ne può tener calcolo chi fa i conti a tavolino basandosi su nozioni generali circa il costo della vita, delle costruzioni e simili; specialmente basandosi su statistiche e calcoli generali che certamente non significano nulla o significano una cosa sola: Se per esempio, tutti i conti possibili facessero risultare che nell' esercizio d' un grosso manicomio le spese fossero, proporzionalmente, minori che nell' esercizio d' un piccolo, oppure eguali, indubbiamente nel grosso manicomio il trattamento dei malati sarebbe infinitamente, dico infinitamente, peggiore che nell' altro. Oppure si tratta di calcoli su cui non si giudica alla stregua del debito confronto. Per esempio alcuni amministratori mi dicono che un grosso manicomio deve costare meno di uno piccolo, in proporzione, perchè è stato sperimentato che l' impianto d' un istituto è costato tante lire per letto; l' aggiunta di un certo numero di ricoverati nello stesso istituto si è fatta con una spesa minore per ogni letto. Altre aggiunte sono costate sempre meno. Prima di tutto si deve studiare se furono affollati i pazienti negli stessi locali che esistevano e se la stessa quantità di vitto fu ripartita in un maggior numero di pazienti. Escludiamo che sia stata commessa questa barbarie, benchè, riguardo ai locali sia avvenuta spessissimo; io conosco per esempio un ottimo manicomio che ha l' inconveniente di essere stato costruito per 600 malati, mentre ora ne contiene 1200. Se non si tratta di questo,

ed è inteso che, con l'aggiunta di malati, furono anche costruiti nuovi padiglioni, bisogna pensare che evidentemente non saranno stati aggiunti padiglioni per osservazione o infermeria, quelli più costosi, se non altro riguardo al servizio; essi evidentemente esistevano già, perchè non se ne poteva fare a meno; saranno stati aggiunti padiglioni per malati comuni, o, probabilmente per lavoratori, dunque costruzioni economicissime, arredate modestissimamente, con pochissimo personale d'assistenza, ecc!

Ma poi è stato fatto il confronto che la tesi richiede? Si calcoli un manicomio di 500 malati, cui se ne aggiungano altri 200. Se ne calcoli uno di 150, cui se ne aggiungano altri 100. Si vedrà infallibilmente che rimane sempre la proporzione d'un vantaggio nell'esercizio del piccolo istituto. Si aggiungano a questo altro 250 malatì e si vedrà subito il disastro economico per la necessità del direttore non più medico curante e per il moltiplicarsi, non raddoppiarsi, del personale di tutti i vari uffici.

Per me è evidente già in tesi generale, che certi criteri che valevano prima, cioè al tempo dei manicomi a « casermone » o a padiglioni così accatastati che formavano qualcosa di simile; con un impianto di bagni e di riscaldamento centrale, con una bassa percentuale di medici, ecc., non debbano più esser tenuti presenti. Ora un maggior numero di ricoverati, salvo che si tratti di 15-20 individui, richiede nuovi padiglioni, altre spese di comunicazione, altri impianti per riscaldamento e bagni e maggior numero di medici. Non vale più quello che potrebbe chiamarsi il « criterio tipografico » che esponeva *Tanzi* nel suo trattato delle malattie mentali (Milano 1905), quando diceva che la popolazione d'un manicomio, come la tiratura d'un giornale, costa tanto meno (per ogni ricoverato) quanto più cresce, perchè l'aumento delle persone non conduce ad altro aumento di spesa che a quello del vitto e del vestito, come l'aumento delle copie da stamparsi non implica che la spesa della carta. Mi consenta di dire, il Maestro, che son concetti, per il parere di tutti, ormai sorpassati.

In fine due parole sulle spese per il vitto. Queste saranno

eguali nel caso d'un grande e d'un piccolo istituto, poichè a ciascuna persona competono, per tabella, tanti grammi di ciascuno dei generi alimentari. Si noti però che, per un piccolo istituto si possono fare provviste in grosso di pasta, olio, formaggi, ecc., e così si può economizzare nel prezzo. In un istituto più grande è impossibile perchè provviste proporzionali acquisterebbero tale entità da richiedere uno spazio adatto enorme, un lavoro imponente per compierle e mantenerle e il pericolo d'un danno troppo forte nel caso, che vedo avverarsi frequentemente, che parte delle provviste vada a male.

Dunque per ogni punto di vista, in pratica, costa più un manicomio contenente 500 malati che due contenenti ciascuno 250 malati.

A titolo di conclusione dirò ancora che, a parte tutte le questioni fin qui trattate, la ragione più forte, veramente indiscutibile per cui un piccolo manicomio costa, in proporzione, meno di uno grande, è insita nei motivi tecnici. Un istituto piccolo funziona meglio dal lato tecnico, dal lato veramente medico, dunque i malati migliorano rapidamente e perciò possono essere messi presto al lavoro e così possono far risparmiare personale all'amministrazione; guariscono e vengono dimessi presto, perciò meno degenze; mediante le apposite cure e la diligente rieducazione, non si hanno malati laceratori impenitenti di vestiario e di biancheria del letto, come nei manicomi ove i pazienti vengono trascurati, non si hanno individui furiosi, distruttori di porte, finestre, dei muri, dei letti, come possono aversi negli istituti ove non giunge il consiglio saggio del direttore, che è anche interessato a fare economie, perchè conosce i bisogni dell'amministrazione essendo continuamente a contatto con questa, da cui è stimolato sempre e giustamente ad alleviare il bilancio. Si ha, in fine, minor numero di malati sudici, ossia minor servizio di lavanderia e perciò minor consumo di biancheria e indumenti.

Fin qui per il progetto di manicomio nella Provincia di Utopia, che ritengo finirà con l'accogliere favorevolmente le mie

osservazioni. *Lugiato*, proponendo un progetto di manicomio per quella Provincia che voglia servirsene, ha fatto come quei letterati che scrivono un libretto d' opera e lo tengono a disposizione di quel compositore che voglia musicarlo. Io ho fatto la critica al libretto. Mi auguro perciò che la provincia di Utopia chieda agli alienisti un nuovo libretto, per rivestirlo della sua musica.

* * *

Riguardo alla condizione della Provincia di Mantova, dirò brevemente. Questa Provincia, oltre a trasferire i suoi malati in istituti di altre Provincie, ne affida un certo numero ad una Opera Pia che alberga provvisoriamente i malati in alcune corsie del civico ospedale di Mantova, che guardano da una parte nel cortile interno dell' ospedale, dall' alrra parte sulla piazza della Stazione. Il direttore del reparto manicomio è un medico primario dell' ospedale, sicchè dipende dal direttore di questo. Tale reparto manicomio accoglie i pazienti di tutto il basso Mantovano. Un' altra metà circa dei malati di mente della Provincia è affidata alla Congregazione di Carità di Castiglione delle Stiviere; questa Congregazione è dispostissima a costruire un nuovo manicomio secondo i criteri più moderni.

Intanto ha un manicomio che accoglie direttamente tutti i malati dell' Alto Montovano e quelli che vengono trasferiti qui dal manicomio di Mantova. L' istituto di Castiglione, per l' incertezza del suo avvenlre, non poteva essere dalle varie Amministrazioni, curato come si conveniva. Perciò fu criticato e disprezzato, ma lo fu in grado anche eccessivo. Da un anno, finalmente l' Amministrazione, per un risveglio delle sue energie si è proposta di riordinarlo. Per la prima volta ha indetto un concorso e nominato un alienista che potesse fornire le garanzie volute dalla legge e gli ha assegnato un trattamento non più irrisorio. Ha demoliti in gran parte, di sana pianta, alcuni vecchi locali e li ha ricostruiti secondo sani criteri, ha puliti, dipinti e verniciati

tutti gli altri, ha reso ottimo il trattamento dei ricoverati sotto ogni rapporto, ha fornito perfino sufficienti mezzi di ricerca scientifica al personale medico.

Il manicomio attualmente va assai bene ed è stato possibile ottenere questo in un solo anno, appunto perchè contiene meno di 250 malati. La direzione deve convenire che qui non manca nulla. Si tenga anche presente che i locali non furon già adattati alla meglio per manicomio, ma furono costruiti per questo scopo, benchè in periodi diversi e con criteri tecnici errati. Però eran tali che si son potuti facilmente correggere. La regione è delle più igieniche, una zona di villeggiatura, ed è incantevole. I malati hanno attualmente terreno sufficiente da coltivare. In fine, la retta che la Congregazione fa pagare alla Amministrazione Provinciale di Mantova è modestissima. Il Paese tiene al suo manicomio e l' Amministrazione, che del resto è assai ricca, può anche, come ha fatto per qualche anno, spendere un po' delle sue rendite per il manicomio.

Inoltre gli abitanti dei comuni vicini sono ormai abituati a curarsi in questa regione senza affrontare il disagio di viaggio maggiore. Così i parenti sono già avvezzi a non incontrar disagio per le visite ai loro cari. Qui è già istituito il reclutamento degli infermieri; si pensi alla difficoltà di questo, specialmente riguardo alle donne, qualora il manicomio sorgesse altrove. Si pensi inoltre che se venissero accentrati tutti i malati in un manicomio a Mantova, gli infermieri dovrebbero giungere in esso da paesi lontani, stanchi, sfiniti, tutte le volte che dovessero prender servizio, come accade con tanti altri istituti.

Conosco un istituto dell' Italia centrale che ha una grossa succursale lontana, in campagna. Molti degli infermieri del manicomio di città vengono dalle regioni prossime alla Succursale perchè ivi è tradizionale il passaggio dal lavoro dei campi a quello di infermieri. E in città giungono la mattina alle 7, in pessime condizioni. Succede così anche per altri operai, ma gli infermieri di manicomio hanno una ben diversa responsabilità e affrontano anche maggior pericolo. Si noti poi che realmente i

migliori infermieri sono quelli che provengono direttamente dalla campagna, non gli spostati, i rifiuti della Città, che non cercano certo di entrare infermieri per vocazione.

Qui si ha poi una condizione favorevolissima per il fatto che il direttore del Manicomio ha anche la direzione del civico ospedale, ove funzionano da medici primari due medici comunali. È l'inverso di ciò che accade in altri istituti, per esempio in quello che è in città di Mantova, ove il manicomio è realmente una sezione dell'ospedale e il direttore non può esaurire il suo compito, poichè è noto che in un manicomio tutto deve esser regolato secondo criteri manicomiali, tutto, fino al più insignificante elemento dei servizi generali. Ove il manicomio è una sezione dell'ospedale, cioè dove il direttore del manicomio dipende da quello dell'ospedale, nulla, nè orario del vitto, nè genere del vitto, nè riscaldamento, nè illuminaziane, può essere condotto coi criteri utili al manicomio. Invece qui il direttore del manicomio, che è pure un ospedale, esercita e affina le stesse mansioni direttive ospitaliere, conducendo anche il civico ospedale.

Così si ha il vantaggio di tanti sussidî tecnici che derivano dall'istituto per la cura delle malattie comuni; se non altro si ha una ottima sala operatoria, generosamente fornita, il chirurgo, ecc. ecc.

Una critica che fu spesso ripetuta a questo manicomio è che esso trovasi nel paese. Reciprocamente si afferma a sazietà che gli ospedali, compresi i manicomi, debbono essere tutti fuori di città. Realmente sarebbe assurdo chiedere che un manicomio fosse nel centro di una grande città. Ma quando si tratta di una minuscola e pacifica cittadina, è altrettando assurda la critica. Nessuna molestia è data dai cittadini al manicomio, perchè questo è su un'area vastissima e gli edifizi sono così collocati che nessuno può vedere nell'interno dell'istituto. Il manicomio non rappresenta un pericolo per il paese, come può rappresentarlo un ospedale, perchè alberga persone fisicamente sane o che per lo meno non hanno, per la loro qualità di ma-

l' appellativo di sontuoso. I suoi 61 corpi di fabbrica comunicano fra loro per mezzo di tram elettrici. La spesa di costruzione fu di 23 milioni di corone e la spesa per l' acquisto dell' area (154 ettari) fu di 4 milioni e mezzo di corone. Un sanatorio per pensionanti, capace di 300 letti, è costato da solo 5 milioni di corone. Tutti restano ammirati, ma tutti si affrettano a dichiarare che una simile impresa non va imitata perchè eccessivamente costosa. Si sa del resto che fu costruito non tanto per criteri tecnici, quanto per ragioni d' ambizione e per desiderio di dar guadagno.

Anche in Italia, del resto, finora fu fatta astrazione dai criteri tecnici. Visto che i malati di mente sono a carico delle Amministrazioni Provinciali, queste hanno risolto di costruire il loro manicomio, generalmente nel capoluogo della Provincia. Se nella Provincia sono 200 alienati, hanno costruito il manicomio per 200, se ve ne sono 500, per 500, se 1000, per 1000 alienati e se 2000, hanno impiantato un istituto per 2000 pazienti. Dunque il numero di ricoverati d' ogni istituto non è calcolato secondo criteri medici, e questo è molto male. Ma aggiungo che non furono seguiti neppure criteri topografici, particolarmente quello di non danneggiare paesi troppo lontani dal capoluogo. E, ciò che è peggio per le amministrazioni medesime, non si agiva neppure con giudizio amministrativo.

Si seguiva nella maniera più semplicista e secondo le consuetudini fissate da alcune Provincie fin dall' antico, il compito di ospitalizzare gli alienati. Questa mi pare una grave considerazione che dovrebbe subito spingere a calcolare se l' ascesa senza limiti nella popolazione d' un istituto diretto e amministrato dallo stesso numero di persone che sono nei piccoli manicomi, non debba dar luogo a disordine e a sperperi. Recentemente la Provincia di Genova ha avuto bisogno d' un nuovo manicomio e lo ha impiantato per circa 2000 malati. La Provincia di Milano ha in vista due progetti di riforma del suo metodo d' ospitalizzazione dei suoi alienati. Continuerà a mantenere un istituto per 2000 ricoverati? Qualche buon consiglio dette il più intel-

ligente degli alienisti italiani, il prof. *Morselli,* alla Provincia di Genova, cui insegnava almeno di porre un direttore ogni 1000 malati, cioè di fare due manicomi in uno, a quanto risulta da notizie apparse sui Quaderni di psichiatria. Speriamo che questo consiglio valga a far pensare se non sia giusto ridurre ancora.

Veniamo adesso a considerare in qualche dettaglio la tesi che io sostenevo: È un fatto che nelle piccole aziende si economizza facilmente e si evitano gli sperperi con altrettanta facilità. In un piccolo manicomio il servizio d' economato procede meglio. Il direttore si addentra maggiormente nelle condizioni della amministrazione e sente il dovere di fare economizzare fin dove è possibile. Può rendersi conto di tutto ciò che si consuma o si danneggia fino in ogni angolo dell' istituto e può provvedere. In un istituto più grande deve rimettersi al senno dei dipendenti. L' economo, in un piccolo istituto, può tutto vigilare, tutto indirizzare, anzi condurre ogni cosa da sè e per questo può fornire un ottimo trattamento con poca spesa. In un istituto maggiore deve rimettersi al commesso, alle suore e a tanti altri che non possono aver coscienza delle responsabilità dell' ufficio amministrativo. Questo è il fondamento principale della legge enunciata, ossia che, conforme l' ammonizione di *Lugiato,* giustissima in fatto di manicomio, passa un profondo divario tra la concezione teorica e l' applicazione pratica.

Del resto, mantenendo fermo l' esempio che abbiamo fatto, cioè d' un manicomio per una provincia di media popolazione, possiamo anche in teoria trovare elementi che dimostrano non ostare difficoltà amministrative alla tesi. Calcoliamo dunque ancora sul caso d' una Provincia che stia per costruire un manicomio per 500 malati e invece venga consigliata a dare una migliore assistenza ai suoi contribuenti i quali ne abbiano bisogno, impiantando 2 manicomi di 250 malati ciascuno. Le nostre considerazioni poi si potranno estendere, bene inteso, con una certa relatività, al caso di Province che abbiano maggior numero di alienati da ricoverare:

Dal lato della edilizia un manicomio per 500 letti e due

per 250 ciascuno, non importeranno una spesa diversa. Questo per il semplice motivo che ormai non è più ammissibile che si costruisca un istituto in un solo blocco di fabbricato. I manicomi vengono costruiti a padiglioni separati e quelli per tranquilli possono avere il pian terreno e il primo piano, quelli per agitati o per malati, in genere, pericolosi, debbono esser costituiti dal solo pian terreno. Dunque è assolutamente identico costruire, per esempio, in un istituto 8 padiglioni, oppure 4 in uno e 4 nell' altro istituto. Nei tempi passati, quando un solo fabbricato, un solo ca ermone, come siam soliti dire, doveva servire ad albergare tutta la svariatissima popolazione manicomiale, bastava, con la stessa spesa dell' area, delle fondamenta e del tetto, un piano di più per ammassare nel fabbricato il doppio di popolazione. Ora questo non è neppure da mettere in discussione.

Per l' impianto dei servizi generali, dovendo metter su due cucine, due lavanderie, due magazzini, si ha forse maggiore spesa? Non credo, perchè i muri di questi locali saranno più brevi e il tetto sarà meno ampio che nel caso d' un solo manicomio che richieda una sola cucina, ecc. E i muri e il tetto si possono contrattare a un tanto al metro. Così per l' arredamento; in una piccola lavanderia basterà un solo idroestrattore, mentre in una lavanderia più grande ce ne vogliono due; anche in una cucina che è la metà di un' altra, basta la metà numero di pentole che nell' altra. È sempre questione di numero, non di dimensioni, dunque in due piccoli manicomi, anche per l' impianto di questi servizi, si spende complessivamente lo stesso che in un manicomio grande il doppio.

Quanto al funzionamento, chi ha pratica di manicomio, ha la certezza che nei piccoli istituti occorre, in proporzione, assai meno personale che nei grandi, in parte perchè i ricoverati possono prestarsi, proporzionalmente, in maggior numero, in parte perchè il personale preposto, data la piccola azienda, può esercitare una funzione materiale senza intralciare l' opera dei dipendenti, è anzi obbligato, perchè con le mansioni generali sarebbe troppo poco occupato. Fo un esempio: In un piccolo istituto

una suora che si occupi di tutti i servizi generali, può trovar tempo per cucinare delle pietanze. In un istituto più grande le varie suore, preposte a ciascuno dei servizi, sono così occupate nel regolare il ricevimento e la distribuzione degli oggetti, e tutto il movimento, da non potere fare nient' altro.

Ma proprio nell' impianto dei locali di due piccoli istituti si possono fare economie. Consideriamo il modello di manicomio tracciato da *Lugiato* per circa 500 malati. L'autore vuole annesse alla cucina le stanze da pranzo del personale; due stanze, una per lato, per la consegna delle vivande ai singoli padiglioni, ognuna di tali stanze in comunicazione, mediante uno sportello di distribuzione, con un' altra stanza cui deve accedere il personale addetto ai servizi sanitari per ritirare i cibi destinati ai reparti; un ufficio per la dispensiera, per le registrazioni e la contabilità; due stanze per i pasti del personale addetto ai servizi di cucina; una sala da pranzo per i medici e l' annesso *fumoir*. Così presso a poco per tutti i vari servizi, in un istituto ove sia un personale un po' numeroso, che deve pure far capo a una sola cucina, a una sola lavanderia, ecc., son necessari tanti locali, perché, come dice bene *Lugiato,* a tutti è noto che altrimenti si hanno « inutili dispersioni di servizi, complicazioni fastidiose, oziosi andirivieni, pettegolezzi e gelosie ». Ma in una piccola azienda, con scarso personale, tutto questo è inutile. Una tavola in un cantuccio della cucina basta per la refezione d' una o due persone addette alla cucina; lo scarso personale dei reparti non può fare a meno di prendere i pasti in sezione; le quattro stanze per la consegna del vitto non occorrono per quelle 4 persone che vanno a prendere il vitto pei 4 reparti; in vece dell' ufficio della dispensiera, basta un registro e qualche modulo su un banco dell' ufficio d' Economato, anzi è utile sia così, per un più facile controllo dell' Economo; i medici non saranno in tanti da richiedere la sala da pranzo e il *fumoir;* i due soli che vi sono prenderanno i pasti nel loro alloggio.

Così nei manicomi per 500 malati si rende già necessario un edificio apposta, naturalmente con la sua spesa per l' area,

le fondamenta, il tetto, ecc., per gli uffici dei medici e dell'amministrazione. In un piccolo istituto un paio di stanze annesse a uno dei reparti meno clamorosi, bastano per gli uffici della direzione e un paio di stanze nel locale dei servizi generali, bastano per l'economato. Nel manicomio un po più grande, questo non sarebbe possibile perchè il maggior numero di locali necessari e il maggior movimento di estranei toglierebbe l'euritmia e anche la quiete a quella che rimane sempre la stessa identica unità, cioè al padiglione di tranquilli o al locale dei servizi generali.

Appare dunque lucidamente una fonte inesauribile di economie, alla stregua degli insegnamenti che fornisce la pratica quotidiana. Dico fonte inesauribile di economia perchè un numero minore di sale fa risparmiare assai anche nell'esercizio dell'istituto; mi si permetta di entrare nei dettagli più volgari, cioè proprio nella vita pratica, e si vedrà che minor numero di sale significa minor consumo di energia elettrica, meno soda per lavarle, meno segatura per asciugarle, meno spese di manutenzione per ripararle ogni tanto, ecc.

Sempre a proposito di spesa per l'area, le fondamenta e il tetto, e, come vedremo, per le comunicazioni tra i vari idifizi, è da notare che per il ricovero dei pazienti in un piccolo istituto, si può rendere necessario di impiantare un solo padiglione invece di due perchè il genere di malati che deve essere collocato in uno e nell'altro è così scarso da non permettere la distinzione. In fatti non si potrebbe impiantare un padiglione, per esempio, per 15 o 20 malati. Così l'infermeria e il reparto agitati possono trovar luogo in uno stesso padiglione, ben costruito per lo scopo. Anche dal punto di vista tecnico questo è giusto perchè gli agitati hanno spessissimo bisogno del trattamento in letto, d'un vero e proprio trattamento da infermeria. Man mano va anzi scomparendo la vera e propria sezione degli agitati come si concepiva qualche anno fa, cioè un inferno ove si sottoponevano allo stesso regime quei casi di amenza, di melancolia ansiosa, di demenza precoce negli episodi confusio-

nali, che ora si curano in letto nella infermeria e i pochi casi veramente degni del reparto agitati, ossia quelli di esaltamento maniaco e, per usare un termine generico, i casi di agitazione in persone lucide e fisicamente valide. Sicchè, ammessa l'opportunità di unire in uno stesso locale il reparto agitati e il reparto infermeria, in un manicomio piccolo, possono, per esempio, bastare 4 padiglioni, due per gli uomini, tranquilli e agitati-infermeria,e due per le donne, in un manicomio che contenga il numero doppio di malati, non bastano 8, ma sono necessari 10 padiglioni, perchè altrimenti si avrebbero due padiglioni che, per quanto vasti, conterrebbero tanti ricoverati, quanti non è più ammesso che stiano in un solo fabbricato. Se, per esem.io, l'impianto di due manicomi contasse più, per la necessità di due cucine, costerebbe meno per il minor numero di padiglioni.

È interessante anche considerare qualche dettaglio dei padiglioni. Non è più ammissibile l'impianto unico, centrale, dei bagni, ma è necessario un impianto autonomo in ogni padiglione, dunque in un manicomio che contenga eventualmente 8 padiglioni si hanno 8 impianti di bagni, in due manicomi che contengano ciascuno 4 padiglioni, si hanno complessivamente pure 8 impianti; dunque la stessa spesa. Così per il riscaldamento. È assolutamente condannabile l'impianto centrale, perchè costa troppo alimentarlo, costa enormemente la sua manutenzione e non raggiunge mai lo scopo. In fatti i tubi che conducono il calore ai vari padiglioni, non ostante la più attiva introduzione di carbone nei fornelli, si raffreddano e non riscaldano le parti periferiche dell'istituto, menre arrostiscono le parti centrali. Perciò è obbligatorio l'impianto di un apparecchio in ogni padiglione. Dunque anche per questo vale la considerazione che abbiamo fatta prima.

In un manicomio per 500 malati l'area è già tanto vasta che si rendono necessarie spese per l'impianto e il funzionamento di campanelli elettrici e di telefoni tra i vari fabbricati ed è necessaria anche una certa spesa per il trasporto del vitto dalla cucina ai vari reparti, si compia questo anche per mezzo

dei più modesti carrelli a mano. In un piccolo istituto si vanno a prendere e a portare notizie personalmente e qualunque cosa si trasporta a mano, date le brevi distanze.

Questo per un manicomio con padiglioni vicini. Nel caso poi che la distanza dei vari padiglioni fra loro sia notevole, si giunge a conseguenze peggiori, fino a quella di dover mantenere un medico oltre quelli che realmente occorrerebbero, con una spesa di alcune migliaia di lire annue soltanto per questo. *Seppilli*, *Guicciardi* e *Tambroni*, che costituivano la commissione nominata dal XIV congresso freniatrico ed incaricata di riferire sul manicomio di Perugia (Annali del Manicomio di Perugia, 1911, fasc. 1-2) osservano che, data la estensione e la disposizione dei molti edifizi di tale istituto, molto distanti fra loro, in maniera che costituiscono come due sezioni autonome, debbono essere resi più facili e più spediti (leggi: Più costosi) i mezzi di comunicazione tra i vari reparti e sopratutto che nella sezione femminile deve risiedere costantemente un medico; donde rilevano il bisogno di aumentare il personale sanitario.

Riguardo al personale abbiamo già accennato al direttore. Riassumiamo qui la questione: In un manicomio di 250 malati basta un direttore e un vice direttore. Data la modesta importanza dell'istituto, per ora al direttore bastano 5000 lire di stipendio, al vice-direttore ne proporrei 4000. In tutto 9000 lire. Per due di questi istituti, occorrono dunque 18000 lire. Per un manicomio di 500 malati, occorrono un direttore con almeno 6000 lire di stipendio e 4 medici con 4000 lire ciascuno, cioè 22000 lire. Se ci si ostina a mantenere la distinzione fra medici primari e assistenti, se ne avrebbero due a 4000 lire e due a 3000, dunque 6000 più 8000, più 6000, eguale a 20000. Inoltre il vitto nei giorni di guardia agli assistenti, che in generale non hanno famiglia, cioè circa un altro migliaio di lire annue. Dunque, anche nell'ipotesi peggiore, un manicomio per 500 malati costa, per il servizio medico, più di due che ne ricoverino 250 ciascuno. Gli stessi identici calcoli si debbono fare per tutto il restante personale sia della divisione uomini che della divisione

donne e dei servizi generali, ove a furia di vice-capi, di capi, vice ispettori e ispettori, necessari per collegare i servizi frazionati nei vari locali, senza nessun dubbio si trova la stessa differenza di migliaia di lire annue in più nelle spese per il manicomio unico. Si aggiunga che in economato in questo caso occorre almeno un commesso, mentre un economo di un piccolo istituto, con una modestissima retribuzione, ha tempo sufficiente per fare il servizio da sè. Per il carteggio d' un piccolo istituto basta la pazienza dei capi-ufficio e l' aiuto d' una suora o d' un ricoverato; in un istituto più grande è necessario l' archivista, o commesso di direzione. Pensiamo perfino al servizio dei cadaveri. In un piccolo istituto ho sempre visto che è fatto da un paio di infermieri addestrati a tale ufficio; in un istituto più grande, siccome questo lavoro assume una entità notevole, si rende necessario un paio di persone stipendiate apposta per il trasporto dei cadaveri, la preparazione di questi e l' assistenza durante l' autopsia; per esporre e incassare i cadaveri e per far servizio nel laboratorio scientifico. E così, via dicendo, vanno via ancora molte migliaia di lire annue.

Per la sartoria, cioè per confezionare tutti gli abiti occorrenti ai ricoverati, io ho visto bastare completamente, in un piccolo manicomio,un solo malato, un demente cronico che lavori pacificamente, quasi senza bisogno di vigilanza, purchè sia lasciato solo. In un manicomio più grande necessariamente occorrono 2 o 3 malati e allora nasce fatalmente la necessità di un infermiere-operaio che li sorvegli, perchè non sarebbe ammissibile che questi malati stessero insieme senza adoperare l' uno contro l' altro, prima o poi, gli strumenti pericolosissimi che maneggiano. In due piccoli manicomi della Svizzera ho visto che la funzione di portiere, per lo meno temporaneamente, veniva affidata a un malato lucido e tranquillo, con evidente economia di personale. In un Istituto maggiore, specialmente se è in città, si capisce facilmente che sarebbe assurdo pretendere altrettanto, se non altro per le complicate comunicazioni telefoniche, ma specialmente per il notevole movimento di persone. A proposito

del personale, si confronti la pianta organica d'un istituto di circa 500 malati con quella d' un piccolo istituto, per esempio del manicomio di Mendrisio che contiene precisamente 250 malati ed è giustamente definito il manicomio modello sia dal lato tecnico che dal lato amministrativo e lo è, secondo il mio parere, appunto perchè contiene un numero giusto di malati. Si vedrà che pianta organica ridotta *(Amaldi.* Il Manicomio Cantonale di Mendrisio, Milano 1906). Due di questi manicomi hanno sempre assai meno personale che un manicomio di 500 malati. A Mendrisio per esempio l' amministrazione ha un segretario contabile con attribuzioni di economo; un vice-segretario con attribuzioni di capo-mastro per i lavori di manutenzione e di fattore per la colonia agricola. Si cerchi l' amministrazione di un manicomio per 500 malati che non abbia il segretario, il vice-segretario, l' economo e un commesso, il fattore, l' ortolano e il muratore.

Si aggiunga che ove la Provincia impianta un solo manicomio, lo situa presso la città principale, dunque si può dire in città. Ivi gli infermieri e tutto il personale hanno maggiori bisogni, sicchè occorrono stipendi più elevati, indennità, case popolari, ecc.

In campagna, cioè presso un piccolo centro, ove evidentemente almeno uno dei piccoli manicomi d' una provincia sarebbe situato, gli infermieri hanno pochissime pretese per loro e per la famiglia, siccome sono passati direttamente dal mestiere di coloni a quello di infermieri e serbano pei loro parenti la casetta avita e il campicello.

Ritornando un momento a considerare i ricoverati, dobbiamo accennare ancora che l' esistenza d' un solo manicomio nella Provincia e perciò l' obbligo di lunghi viaggi rende maggiori alle amministrazioni le spese di viaggi, che le competono per malati e personale che li accompagni. Anzi queste spese non esistono per gli istituti la cui giurisdizione si estende per breve raggio; i parenti ritirano sempre col loro carrettino o a piedi i loro cari.

Vi è poi un problema importantissimo, che è quello della assistenza familiare, sia della omofamiliare che della eterofamiliare. So che alcune amministrazioni fondano tutte le loro speranze di economia su essa. È possibile svilupparla quando un manicomio trovasi in aperta campagna oppure prossimo a un piccolo centro. È impossibile vicino a città importanti perchè la stessa vita e lo stesso movimento della città si estende e si dirama per le campagne circonvicine, sicchè ai pazienti affidati in custodia domestica capitano contatti e pericoli incompatibili con la loro condizione di alienazione mentale, benchè cronica e abitualmente pacifica. Per questo, se una Provincia ha, oltre il manicomio che è prossimo alla città principale, un altro manicomio situato in campagna, col trasferire a questo i ricoverati adatti, che da questo passerebbero alla custodia familiare, può diminuire assai la popolazione dei due istituti e, secondo alcuni, risolvere la questione economica. Porto un esempio: La principale città della Toscana ha un grande manicomio alle sue porte, anzi entro la cinta daziaria, di dove non ha mai potuto porre in assistenza familiare nessun malato; ha una grossa succursale in aperta campagna, ove invia i malati adatti a questo scopo e di dove vengono degnamente collocati nelle famiglie dei coloni prossimi.

Da questo argomento passiamo a quello delle dimissioni dei malati in genere. Si potrebbe dire che in un grande manicomio, posto direttamente sotto il controllo della amministrazione, facile sarebbe per questa stimolare, o, mi si permetta l'espressione, molestare il direttore per ottenere da lui il maggior numero di dimissioni e così sfollare il manicomio e, di conseguenza, risparmiare. Prima di tutto, quella di dimettere i ricoverati è la più alta e la più delicata e la più pericolosa mansione del direttore come tecnico alienista. Dunque non è corretta nessuna influenza in questo senso, per il bene del malato, affinchè sia salva la responsabilità del direttore e affinchè non sia danneggiata la società con la dimissione di elementi pericolosi. In secondo luogo, per il direttore d'un manicomio il maggiore ideale,

cui tendono tutti gli sforzi, cui mira tutto il lavoro quotidiano, é quello di poter guarire e perciò dimettere dal manicomio il maggior numero di persone. Molte dimissioni dimostrano che il manicomio ha una notevole importanza, che è un buon ospedale e sopra tutto che è diretto con scienza e coscienza; dunque nessun bisogno di sollecitazioni. Perciò é assurdo pensare che un maniconio, sia pur sottratto completamente al controllo della amministrazione che paga le rette, dia uno scarso numero di dimissioni per negligenza specifica o per animo deliberato del direttore. Egli può mancare in ogni altra mansione ma non in questa. Per lo meno, se manca in questa, sarà tanto negligente in tutto il resto, da non potersi mantenere normalmente al suo posto.

Se mai le dimissioni dei ricoverati debbono essere più scarse in un grande manicomo anzichè in un piccolo. Certamente avvengono con maggiore lentezza, ossia i pazienti rimangono qualche giorno più che non rimarrebbero in un piccolo istituto. In fatti in un manicomio in cui il direttore non è anche medico curante, questi non conosce a fondo i malati, mentre è responsabile delle dimissioni; non può dunque giudicare subito appena il medico primario ne fa cenno, della dimissibilità d'un paziente. Perciò gli occorre sempre qualche giorno di osservazione. Ove le cose procèdono regolarmente, si compie qnesta pratica. Il medico primario trova che un paziente è dimissibile e aspetta finchè non ne capiti ancora qualche altro per fare, come si suol dire, « una infornata ». Quando ne ha 3 o 4 ne parla al direttore e il direttore fissa il giorno in cui li può esaminare. Siccome il direttore è sempre occupato per dare severe ammonizioni agli infermieri e ascoltare i loro reclami, per discutere coi rappresentanti della Camera del Lavoro che chiedono i soliti « miglioramenti » per gli infermieri, per ricevere i parenti dei rettanti, per discutere con l' economo, per studiare con l' ingegnere qualche restauro, per conferire col Presidente della amministrazione, ecc., ecc., vien rimandato più volte il giorno per l' esame dei pazienti già maturi alla dimissione. Finalmente si

compie la formalità; il direttore esamina i malati, prende visione delle molte pagine di storia clinica e di diario scritte in bello stile e con buona calligrafia da uno dei poveri assistenti, e firma il foglio d' uscita. Si calcoli quante giornate di retta, per esempio a lire 2 ciascuna, si son perdute per uno e poi per due e poi per quattro pazienti dal giorno in cui il primario, dopo averci pensato su per molto e molto tempo, si era deciso a ritenere dimissibile il primo di tali pazienti.

Così in condizioni comuni, ma avvengono i casi in cui il direttore e il medico curante non si trovano d' accordo; allora occorre altro tempo per le discussioni tra loro e con gli altri sanitari. Si va anzi istituendo nei manicomi il consiglio sanitario. Questo dovrebbe anche risolvere le vertenze fra direttore e medico curante circa la dimissibilità dei malati. Dunque altri giorni per attendere che si aduni il consiglio, mentre l' amministrazione spende la retta per il paziente dimissibile.

Invece in un piccolo istituto, il direttore, che è medico curante in una delle sezioni e che ogni giorno frequenta anche l'altra sezione, appena vede un malato in buone condizioni, lo consegna ai parenti. Anzi molte volte, mentre non pensava neppure a dimettere un tale, che è in condizioni appena un poco migliori di prima, si trova a parlare coi parenti, cui deve render conto da sè stesso, riceve da loro sufficienti garanzie di cura e di custodia anche a casa e, senz' altro lo fa vestire coi suoi panni e lo manda via.

E qui ritorniamo alla solita questione della vicinanza del manicomio ai parenti dei malati. *Lavizzari* compilava una nota con molto buon senso a questo proposito (Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale, 1909) e concludeva che si può assai spesso fare l' esperimento di dimettere i malati quando la vicinanza dell' istituto all' abitazione dei malati renda agevole il pronto ricovero di questi appena la sintomatologia della forma morbosa di nuovo insorga o si aggravi. Notava che oltre ad essere utile per l' Amministrazione, il licenziamento precoce dei malati è in armonia con gli insegnamenti della psichiatria moderna.

Diceva che si rendono facili le dimissioni qualora i parenti non debbono venire da lontano, anche perchè i parenti medesimi potendo venire spesso a trovare un malato, hanno occasione di convincersi che esso è in condizioni discrete, anzichè crederlo, secondo i pregiudizi correnti, un feroce individuo. Per gli stessi motivi, egli si obietta, aumentano le ammissioni; ma inumano sarebbe non favorire anche queste nell' interesse dei malati e dalla Società. La frequenza di dimissioni precoci, ad ogni modo, compenserebbe ad usura l' aumento di qualche ammissione.

I piccoli dettagli che sopra ho rivelati sono l' espressione della vita vissuta, la riproduzione dell' esercizio pratico quotidiano nel grande e nel piccolo manicomio. Non ne può tener calcolo chi fa i conti a tavolino basandosi su nozioni generali circa il costo della vita, delle costruzioni e simili; specialmente basandosi su statistiche e calcoli generali che certamente non significano nulla o significano una cosa sola: Se per esempio, tutti i conti possibili facessero risultare che nell' esercizio d' un grosso manicomio le spese fossero, proporzionalmente, minori che nell' esercizio d' un piccolo, oppure eguali, indubbiamente nel grosso manicomio il trattamento dei malati sarebbe infinitamente, dico infinitamente, peggiore che nell' altro. Oppure si tratta di calcoli su cui non si giudica alla stregua del debito confronto. Per esempio alcuni amministratori mi dicono che un grosso manicomio deve costare meno di uno piccolo, in proporzione, perchè è stato sperimentato che l' impianto d' un istituto è costato tante lire per letto; l' aggiunta di un certo numero di ricoverati nello stesso istituto si è fatta con una spesa minore per ogni letto. Altre aggiunte sono costate sempre meno. Prima di tutto si deve studiare se furono affollati i pazienti negli stessi locali che esistevano e se la stessa quantità di vitto fu ripartita in un maggior numero di pazienti. Escludiamo che sia stata commessa questa barbarie, benchè, riguardo ai locali sia avvenuta spessissimo; io conosco per esempio un ottimo manicomio che ha l' inconveniente di essere stato costruito per 600 malati, mentre ora ne contiene 1200. Se non si tratta di questo,

ed è inteso che, con l' aggiunta di malati, furono anche costruiti nuovi padiglioni, bisogna pensare che evidentemente non saranno stati aggiunti padiglioni per osservazione o infermeria, quelli più costosi, se non altro riguardo al servizio; essi evidentemente esistevano già, perchè non se ne poteva fare a meno; saranno stati aggiunti padiglioni per malati comuni, o, probabilmente per lavoratori, dunque costruzioni economicissime, arredate modestissimamente, con pochissimo personale d' assistenza, ecc!

Ma poi è stato fatto il confronto che la tesi richiede? Si calcoli un manicomio di 500 malati, cui se ne aggiungano altri 200. Se ne calcoli uno di 150, cui se ne aggiungano altri 100. Si vedrà infallibilmente che rimane sempre la proporzione d' un vantaggio nell' esercizio del piccolo istituto. Si aggiungano a questo altro 250 malati e si vedrà subito il disastro economico per la necessità del direttore non più medico curante e per il moltiplicarsi, non raddoppiarsi, del personale di tutti i vari uffici.

Per me è evidente già in tesi generale, che certi criteri che valevano prima, cioè al tempo dei manicomi a « casermone » o a padiglioni così accatastati che formavano qualcosa di simile; con un impianto di bagni e di riscaldamento centrale, con una bassa percentuale di medici, ecc., non debbano più esser tenuti presenti. Ora un maggior numero di ricoverati, salvo che si tratti di 15-20 individui, richiede nuovi padiglioni, altre spese di comunicazione, altri impianti per riscaldamento e bagni e maggior numero di medici. Non vale più quello che potrebbe chiamarsi il « criterio tipografico » che esponeva *Tanzi* nel suo trattato delle malattie mentali (Milano 1905), quando diceva che la popolazione d' un manicomio, come la tiratura d' un giornale, costa tanto meno (per ogni ricoverato) quanto più cresce, perchè l' aumento delle persone non conduce ad altro aumento di spesa che a quello del vitto e del vestito, come l' aumento delle copie da stamparsi non implica che la spesa della carta. Mi consenta di dire, il Maestro, che son concetti, per il parere di tutti, ormai sorpassati.

In fine due parole sulle spese per il vitto. Queste saranno

eguali nel caso d'un grande e d'un piccolo istituto, poichè a ciascuna persona competono, per tabella, tanti grammi di ciascuno dei generi alimentari. Si noti però che, per un piccolo istituto si possono fare provviste in grosso di pasta, olio, formaggi, ecc., e così si può economizzare nel prezzo. In un istituto più grande è impossibile perchè provviste proporzionali acquisterebbero tale entità da richiedere uno spazio adatto enorme, un lavoro imponente per compierle e mantenerle e il pericolo d'un danno troppo forte nel caso, che vedo avverarsi frequentemente, che parte delle provviste vada a male.

Dunque per ogni punto di vista, in pratica, costa più un manicomio contenente 500 malati che due contenenti ciascuno 250 malati.

A titolo di conclusione dirò ancora che, a parte tutte le questioni fin qui trattate, la ragione più forte, veramente indiscutibile per cui un piccolo manicomio costa, in proporzione, meno di uno grande, è insita nei motivi tecnici. Un istituto piccolo funziona meglio dal lato tecnico, dal lato veramente medico, dunque i malati migliorano rapidamente e perciò possono essere messi presto al lavoro e così possono far risparmiare personale all'amministrazione; guariscono e vengono dimessi presto, perciò meno degenze; mediante le apposite cure e la diligente rieducazione, non si hanno malati laceratori impenitenti di vestiario e di biancheria del letto, come nei manicomi ove i pazienti vengono trascurati, non si hanno individui furiosi, distruttori di porte, finestre, dei muri, dei letti, come possono aversi negli istituti ove non giunge il consiglio sagggio del direttore, che è anche interessato a fare economie, perchè conosce i bisogni dell'amministrazione essendo continuamente a contatto con questa, da cui è stimolato sempre e giustamente ad alleviare il bilancio. Si ha, in fine, minor numero di malati sudici, ossia minor servizio di lavanderia e perciò minor consumo di biancheria e indumenti.

Fin qui per il progetto di manicomio nella Provincia di Utopia, che ritengo finirà con l'accogliere favorevolmente le mie

osservazioni. *Lugiato*, proponendo un progetto di manicomio per quella Provincia che voglia servirsene, ha fatto come quei letterati che scrivono un libretto d' opera e lo tengono a disposizione di quel compositore che voglia musicarlo. Io ho fatto la critica al libretto. Mi auguro perciò che la provincia di Utopia chieda agli alienisti un nuovo libretto, per rivestirlo della sua musica.

* * *

Riguardo alla condizione della Provincia di Mantova, dirò brevemente. Questa Provincia, oltre a trasferire i suoi malati in istituti di altre Provincie, ne affida un certo numero ad una Opera Pia che alberga provvisoriamente i malati in alcune corsie del civico ospedale di Mantova, che guardano da una parte nel cortile interno dell' ospedale, dall' alrra parte sulla piazza della Stazione. Il direttore del reparto manicomio è un medico primario dell' ospedale, sicchè dipende dal direttore di questo. Tale reparto manicomio accoglie i pazienti di tutto il basso Mantovano. Un' altra metà circa dei malati di mente della Provincia è affidata alla Congregazione di Carità di Castiglione delle Stiviere; questa Congregazione è dispostissima a costruire un nuovo manicomio secondo i criteri più moderni.

Intanto ha un manicomio che accoglie direttamente tutti i malati dell' Alto Montovano e quelli che vengono trasferiti qui dal manicomio di Mantova. L' istituto di Castiglione, per l' incertezza del suo avvenlre, non poteva essere dalle varie Amministrazioni, curato come si conveniva. Perciò fu criticato e disprezzato, ma lo fu in grado anche eccessivo. Da un anno, finalmente l' Amministrazione, per un risveglio delle sue energie si è proposta di riordinarlo. Per la prima volta ha indetto un concorso e nominato un alienista che potesse fornire le garanzie volute dalla legge e gli ha assegnato un trattamento non più irrisorio. Ha demoliti in gran parte, di sana pianta, alcuni vecchi locali e li ha ricostruiti secondo sani criteri, ha puliti, dipinti e verniciati

tutti gli altri, ha reso ottimo il trattamento dei ricoverati sotto ogni rapporto, ha fornito perfino sufficienti mezzi di ricerca scientifica al personale medico.

Il manicomio attualmente va assai bene ed è stato possibile ottenere questo in un solo anno, appunto perchè contiene meno di 250 malati. La direzione deve convenire che qui non manca nulla. Si tenga anche presente che i locali non furon già adattati alla meglio per manicomio, ma furono costruiti per questo scopo, benchè in periodi diversi e con criteri tecnici errati. Però eran tali che si son potuti facilmente correggere. La regione è delle più igieniche, una zona di villeggiatura, ed è incantevole. I malati hanno attualmente terreno sufficiente da coltivare. In fine, la retta che la Congregazione fa pagare alla Amministrazione Provinciale di Mantova è modestissima. Il Paese tiene al suo manicomio e l' Amministrazione, che del resto è assai ricca, può anche, come ha fatto per qualche anno, spendere un po' delle sue rendite per il manicomio.

Inoltre gli abitanti dei comuni vicini sono ormai abituati a curarsi in questa regione senza affrontare il disagio di viaggio maggiore. Così i parenti sono già avvezzi a non incontrar disagio per le visite ai loro cari. Qui è già istituito il reclutamento degli infermieri; si pensi alla difficoltà di questo, specialmente riguardo alle donne, qualora il manicomio sorgesse altrove. Si pensi inoltre che se venissero accentrati tutti i malati in un manicomio a Mantova, gli infermieri dovrebbero giungere in esso da paesi lontani, stanchi, sfiniti, tutte le volte che dovessero prender servizio, come accade con tanti altri istituti.

Conosco un istituto dell' Italia centrale che ha una grossa succursale lontana, in campagna. Molti degli infermieri del manicomio di città vengono dalle regioni prossime alla Succursale perchè ivi è tradizionale il passaggio dal lavoro dei campi a quello di infermieri. E in città giungono la mattina alle 7, in pessime condizioni. Succede così anche per altri operai, ma gli infermieri di manicomio hanno una ben diversa responsabilità e affrontano anche maggior pericolo. Si noti poi che realmente i

migliori infermieri sono quelli che provengono direttamente dalla campagna, non gli spostati, i rifiuti della Città, che non cercano certo di entrare infermieri per vocazione.

Qui si ha poi una condizione favorevolissima per il fatto che il direttore del Manicomio ha anche la direzione del civico ospedale, ove funzionano da medici primari due medici comunali. È l'inverso di ciò che accade in altri istituti, per esempio in quello che è in città di Mantova, ove il manicomio è realmente una sezione dell'ospedale e il direttore non può esaurire il suo compito, poichè è noto che in un manicomio tutto deve esser regolato secondo criteri manicomiali, tutto, fino al più insignificante elemento dei servizi generali. Ove il manicomio è una sezione dell'ospedale, cioè dove il direttore del manicomio dipende da quello dell'ospedale, nulla, nè orario del vitto, nè genere del vitto, nè riscaldamento, nè illuminaziane, può essere condotto coi criteri utili al manicomio. Invece qui il direttore del manicomio, che è pure un ospedale, esercita e affina le stesse mansioni direttive ospitaliere, conducendo anche il civico ospedale.

Così si ha il vantaggio di tanti sussidî tecnici che derivano dall'istituto per la cura delle malattie comuni; se non altro si ha una ottima sala operatoria, generosamente fornita, il chirurgo, ecc. ecc.

Una critica che fu spesso ripetuta a questo manicomio è che esso trovasi nel paese. Reciprocamente si afferma a sazietà che gli ospedali, compresi i manicomi, debbono essere tutti fuori di città. Realmente sarebbe assurdo chiedere che un manicomio fosse nel centro di una grande città. Ma quando si tratta di una minuscola e pacifica cittadina, è altrettando assurda la critica. Nessuna molestia è data dai cittadini al manicomio, perchè questo è su un'area vastissima e gli edifizi sono così collocati che nessuno può vedere nell'interno dell'istituto. Il manicomio non rappresenta un pericolo per il paese, come può rappresentarlo un ospedale, perchè alberga persone fisicamente sane o che per lo meno non hanno, per la loro qualità di ma-

lati di mente, forme morbose che possano dar timore di contagio. Vanno soggetti, per accidente, alle stesse malattie di tutti gli altri cittadini e nella stessa proporzione. Come dunque non rappresenta un pericolo un ricovero, un collegio, un convento, così non lo rappresenta un manicomio.

Molesta forse un poco perchè di tanto in tanto si inalza da esso qualche grido, qualche pianto ostinato e monotomo. Ma è bene che il pubblico si abitui a non temere quel poco di rumore dei malati di mente, fra cui noi viviamo per anni e anni, giorno e notte, come il pubblico avrebbe orrore del ruggito dei leoni e dell' urlo dei lupi racchiusi in un serraglio. Del resto son tutti pregiudizi. Di regola noi che lavoriamo nei manicomi rileviamo che la calma, il silenzio, sono spesso perfetti, come in questo momento, in questa placida sera autunnale, in cui non giunge al mio ufficio, che è quasi centro del manicomio, nè un gemito, nè un riso, nè un grido; come dorme la natura d' intorno, dormono le anime in pena di questo asilo sorretto dalla carità e dalla scienza. Qualche notte un malato ulula insistentemente, qualche giorno tutti insieme fan gazzarra, ma, di regola, il pazzo non è quel cerbero che si crede volgarmente.

Del resto, in pratica, siamo riesciti ad avere manicomi isolati dall' abitato? No, mai. Vengono costruiti fuori di una città, ma presto la città si estende da quella parte, oppure intorno al manicomio si forma un sobborgo. È l' istituto medesimo che obbliga a questo perchè esso già rappresenta la parte di una città e deve essere completato con le abitazioni e le botteghe che rendano possibile la vita ai ricoverati e alle persone impiegate nell' istituto. Quello che *Pieraccini*, trattando della edilizia e della tecnica nei manicomi tedeschi (Quaderni di Psichiatria, 1912, fasc. 6) lamentava incidentalmente, a proposito del manicomio di Macerata, cioè che ville private e quartieri popolari sono sorti a ridosso del già fondato Istituto, è una necessità assolutamente ineluttabile.

Un paese, una piccola cittadina sono da confrontare a quel sobborgo che fatalmente sorge intorno a qualunque manicomio.

Qui, d' altra parte abbiamo il vantaggio che, a pochi passi dal manicomio, cioè subito fuori del paese, siamo in aperta campagna. Questa condizione, associata con quella che gli abitanti della regione hanno ormai una qualche nozione riguardo ai malati di mente o perchè hanno fatto visite al manicomio o perchè hanno parenti infermieri o perchè furono essi infermieri, costituisce l' elemento più favorevole per l' istituzione su vasta scala della assistenza in custodia familiare. Con questo mezzo potranno essere molto sollevate le finanze provinciali. Per ora questo genere di assistenza qui non esiste perchè qui non potevano aversi criteri veramente pratici nella direzione. Nell' ultimo anno il manicomio ha richiesto un lavoro veramente oneroso per la sua riorganizzazione interna e per la correzione di tutti i locali. Finita questa opera, che assorbiva completamente, si curerà l' impianto di industrie, già iniziato, e si istituirà la custodia familiare, che esige studio accurato, formalità che tolgono parecchio tempo e fatica per il personale medico che deve far visita ai malati sparsi per la campagna. Si confida anzi che l' amministrazione Provinciale di Mantova accoglierà di buon grado le proposte che le verranno fatte in merito.

Ora veniamo a un' altra questione : Il fatto in sè stesso che un manicomio sia amministrato da un' Opera Pia per così dire autonoma, ma naturalmente soggetta a tutto il noto ingranaggio dei controlli per parte della autorità tutoria e a quelli che volesse imporre l' amministrazione provinciale, ritengo sia un'ottima cosa e so che altre provincie ritrassero vantaggio da un simile metodo. Si tratta di una pubblica amministrazione che perciò fornisce, a differenza di privati speculatori, prova di serietà, di onestà e di disinteresse. D' altra parte una piccola amministrazione che non ha altre gestioni importanti, può con tanta cura amministrare da riescire a spender bene il poco danaro che le viene passato e perciò può dare un buon trattamento ai malati, facendo condizioni assai favorevoli alla amministrazione provinciale. Se facesse anche un piccolo lucro, non escirebbe dal suo diritto, tanto più che in certi periodi può rimettere del suo nella gestione dell' istituto.

Dato il caso di questa opera pia locale, ci si può anche illudere che, radicata nel paese la tradizione del Manicomio, affezionatisi a questo maggiormente i cittadini, i numerosi lasciti che già arricchirono la Congregazione per altro titolo, vengano in seguito erogati proprio per i malatl di mente. Questo io dico conoscendo ormai bene il Paese. Ma alle Amministrazioni Provinciali simili fortune non capitano certamente. Dice *Tanzi* nel suo trattato delle malattie mentali: « Lo Stato è la patria, circonfusa di ricordi storici e letterari. Il Comune è un prolungamento del focolare domestico dolcemente rischiarato dalle intime ricordanze personali. La Provincia non è nulla: nè un recinto di interessi naturali, coordinati e ben distinti, nè un'isola di sentimenti vivi, concordi e differenziati.... Nel 1530 Francesco Ferruccio moriva alla battaglia di Gavinana per la sua Firenze; migliaia di eroi si immolarono per Roma, per Parigi, per l'Italia, per la Francia, per la Germania, per la Svizzera, per la Grecia. Ma chi sarebbe così fanatico da esporsi nemmeno alla noia d'un raffreddore per la propria Provincia? ».

Concludo queste mie considerazioni facendo rilevare che sarebbe buona cosa che l'Amministrazione Provinciale di Mantova, anche se avesse già deliberato diversamente, risolvesse ora, dopo nuovo studio della questione, di costruire un piccolo Manicomio, contenente circa 250 malati presso la città di Mantova e lasciasse alla Congregazione di Carità di Castiglione delle Stiviere il compito di ricoverare, con la carità e la liberalità con cui ora li ricovera, gli altri 250 malati, cioè di proseguire nella accettazione diretta di tutti i malati dell'Alto Mantovano e nel servizio di succursale per gli altri, scelti dal manicomio di Mantova. Si riservi pure il più ampio controllo che possa piacerle. Vi ha diritto, se non altro a garanzia del trattamento migliore che sia possibile pei ricoverati. Qualora la Provincia di Mantova avesse già deliberato, fo appello alla Autorità tutoria.

Da alcuni poi, in questa Provincia si sostiene che per lo meno sia opportuno e conveniente per l'Amministrazione Provinciale costruire un manicomio per malati a cura attiva in Man-

tova e quì lasciare il servizio di succursale per cronici. Io confesso che non sono favorevole a questa soluzione, per i tanti motivi già addotti. Se non che debbo convenire che tutta questa popolazione, siccome è certo che quì si manderebbero i cronici di questa regione, avrebbe con tale ripiego, almeno il conforto di rivedere i suoi cari vicini, sia pure in una fase troppo tarda della malattia. Troppo tarda la fase e troppo magra la consolazione perchè avrebbero vicini i loro cari ormai con l'intelligenza spenta o irremissibilmente pervertita; in buon numero ridotti alle funzioni puramente vegetative, incapaci di trarre soddisfazione dalla vicinanza dei parenti, capaci di darne ben poca ai parenti con la loro presenza.

Si dice che la stessa proposta, di costruire un piccolo manicomio potrebbe sorgere in altra zona di questa Provincia. Che per esempio un centro importante del Basso Mantovano potrebbe chiedere tutto quello che chiede Castiglione. In teoria una analoga proposta sarebbe perfettamente giusta. Ma visto il numero totale dei malati di mente di questa Provincia, che non è divisibile in più che in due parti, perchè, per ora, i manicomi contenenti meno di 250 malati verrebbero a costare quanto una Provincia non può spendere, la proposta urta contro una forza maggiore. Cioè non è possibile istituire tre manicomî.

Impiantare un manicomio a Mantova e uno nel Basso Mantovano, anzichè usufruire di quello di Castiglione, sarebbe assurdo per i motivi già addotti circa la tradizione del servizio manicomiale che quì già esiste, la competenza già acquistata dalla Amministrazione, il reclutamento degli infermieri già avviato, ecc. ecc.

Ritornando alla nostra proposta, saremmo lieti che in Italia e precisamente nella nostra Provincia, si segnasse l'inizio della nuova Era nel progresso della assistenza degli alienati e anche una fase, secondo noi, di più sana amministrazione. L'Era del decentramento, che prelude al periodo in cui ogni piccolo centro avrà il suo ospedale completo, perfetto, per risanare i malati di mente, come ha quello per risanare gli altri infermi. Finalmente

il valore della Psichiatria Italiana in genere, e in ispecie, della Tecnica di Manicomio, che fu tanto decantato da alcuni, ma cui giustamente il collega *Vedrani* dette a più riprese qualche scrollatina, assurgerà alla stessa altezza di aureo insegnamento, cui assurgeva più volte la valentia italica nell'arte e nella scienza. Insegneremo anche ai tedeschi, che brancolano nella mostruosa incoerenza degli asili cittadini e dei mastodontici manicomi, durissimi nell'ingranaggio, dolorosissimi pei contribuenti.

Alla Provincia di Mantova il vanto della innovazione!

Nota: Quando questo lavoro era già dato alla stampa, è apparsa la Relazione del Segretario Generale della Amministrazione Provinciale di Mantova, in cui è accolto l'ambizioso preconcetto del manicomio unico nella città di Mantova. Faremo .in seguito, qualche altra considerazione, se del caso.



MANICOMIO PROVINCIALE DI GENOVA
ISTITUTO DI VIA PAVESANO DIRETTO DAL DOTT. M. U. PASINI

A PROPOSITO DELLA CURA GINECOLOGICA

DELLE

MALATTIE MENTALI E NERVOSE

NOTA

DEL DOTT. GIUSEPPE VIDONI



Da quando il prof. Bossi ha rumorosamente rimesso in voga lo studio dei rapporti intercorrenti tra affezioni utero-ovariche e malattie mentali e nervose, gli alienisti hanno, per bocca di Vedrani e di Esposito prima, di Bianchi, di Mingazzini, di Morselli, di Tamburini e di altri dopo, confutato vigorosamente le affermazioni della Scuola Ginecologica Genovese.

Io non intendo ripetere tutte le ragioni esposte dagli autori sopraricordati con l' appoggio di vasta esperienza e con l' approvazione di illustri ginecologi nei congressi e nelle riviste. Scopo della mia breve nota è solamente quello di un contributo casuistico alla conoscenza del pericolo delle visite e delle cure ginecologiche nelle nostre pazienti, quando non siano precedute da un esame coscienzioso delle condizioni psichiche dell'ammalata.

Assistendo alle lezioni così efficacemente tenute dal prof. Morselli quest' anno sull' argomento ho potuto vedere due ammalate, la storia delle quali è lucidamente riassunta nel lavoro di Arturo Morselli sulla Cura Ginecologica dell' isterismo e delle psicosi (Quaderni di Psichiatria, Anno I n. 12. Genova 1911).

Trattasi nel primo caso di una donna di 35 anni, con tara ereditaria, affetta da « psicastenia con idee ossessive tanatofobiche ». La paziente in antecedenza aveva consultato un ginecologo, il quale l'aveva assicurata che con un atto chirurgico « sarebbe stata per sempre liberata dai suoi mali ». L' ammalata si sottomise all' intervento operativo ma l' influenza di questo e quella della

suggestione, che poteva accompagnarlo sono riuscite nulle, anzi hanno peggiorato le condizioni della donna, la quale da allora è caduta in uno stato di profonda depressione ansiosa, esprimendo sconforto ed idee di suicidio « chè, riuscita vana la cura ginecologica, ritiene perduta ogni speranza di guarigione ». Il 2. caso è diuna donna di 35 anni, che da tempo presentava disturbi degli organi sessuali: mestruazioni scarse, leucorea, etc. Tali fatti però non impedirono alla paziente di continuare con umore eccellente fino a che un' emozione forte non le provocò un lieve stato depressivo semplice. Recatasi dopo qualche giorno da un ginecologo « si sente annunciare l' esistenza di un' infiammazione cronica, di un' ingrossamento dell' utero e del pericolo che « l' utero caschi ». Profondamente impressionata alla sera essa incomincia ad avvertire un qualche cosa in basso, che scende, alla notte è insonne: nel giorno successivo è preoccupatissima: entra in poco tempo in uno stato depressivo ansioso con idee ipocondriache ».

Durante i primi mesi di quest' anno ho avuto occasione di osservare direttamente altre due ammalate ricoverate in questo Manicomio. Caso I: Cart. 255. R. M. di anni 52, ammessa il giorno 24 Gennaio 1912.

Un fratello della paziente è ricoverato nel Manicomio di Cogoleto. L' ammalata è stata nel 1907 accolta per la prima volta nel Manicomio di via Galata in Genova, con idee di persecuzione e distimia depressiva. Una remissione nell' estrinsecazione dei fatti morbosi permise di dimetterla in prova. Non ha cessato però mai di elaborare il suo delirio, finchè da ultimo i suoi propositi di suicidio ed il frequente rifiuto degli alimenti imposero di nuovo il suo ricovero. Qui si mantiene sempre corretta nel suo contegno esprimendo idee deliranti e rivelando turbe sensoriali. Dorme poco, di notte sente qualche voce, che le ricorda vicende famigliari, etc. Narra che una volta è stata sorpresa in un bosco, mentre andava per legna, da due cacciatori, che l' aggredirono brutalmente. Essa gridò e si difese con graffi e con morsi, uno di essi però riuscì lo stesso ad abusare di lei.

Poco dopo, afferma, si accorse di essere incinta « perchè il caffè che prima le piaceva moltissimo la nauseava ».

D' allora in poi non ricomparvero più i flussi mestruali. Per questo e per la sicurezza di essere gravida si fece visitare da una levatrice, che avrebbe, assicura l' ammalata, confermato il suo stato di gravidanza aggiungendo che il feto era morto da qualche tempo e consigliando una visita da un medico, il quale giudicò utile il raschiamento dell' utero, che venne appunto operato. L' atto chirurgico però non ebbe nel riguardo delle condizioni psichiche altro risultato che il peggiorale. La paziente descrive con grande diffusione di particolari l' operazione traendone argomento di un' infinità di concetti e di preoccupazioni ipocondriache.

Essa è convinta che il ferro maldestro del chirurgo le abbia sfondato l' utero, spingendo il feto nella cavità addominale dove si troverebbe tuttora.

Sente nel ventre continuamente muoversi qualche cosa, qualche volta avverte un molesto senso di peso e qualche volta dolore all' ipogastrio di destra. L' umore si è sempre mantenuto sereno in contrasto con la ferma convinzione perdurata fino a quest' ultimo tempo di dover presto soccombere alla pretesa gravidanza. Da un paio di mesi l'ammalata ha però in parte mutato il contenuto di queste idee deliranti. Non può essere il figlio, dice, che si muove. Oramai dopo tanto tempo dovrebbe essere nato. Forse — soggiunge — sono i pezzi del feto, che spinti fuori dell' utero si muovono nell' addome.

Caso II. Cart. 283. N. M., di anni 24, ammessa il giorno 4 marzo 1912.

La nonna paterna è morta per apoplessia all'età di 70 anni, il nonno paterno da molto tempo soffre di accessi asmatici; il nonno materno all' età di 65 anni è stato colpito da ictus apoplepticus, in seguito al quale presentò un rapido e progressivo decadimento mentale, la nonna è morta a 39 anni dopo aver sofferto a lungo di artitrismo; il padre è amante del vino. La madre è sana e dal matrimonio ha avuto due figlie, una (la se-

suggestione, che poteva accompagnarlo sono riuscite nulle, anzi hanno peggiorato le condizioni della donna, la quale da allora è caduta in uno stato di profonda depressione ansiosa, esprimendo sconforto ed idee di suicidio « chè, riuscita vana la cura ginecologica, ritiene perduta ogni speranza di guarigione ». Il 2. caso è di una donna di 35 anni, che da tempo presentava disturbi degli organi sessuali: mestruazioni scarse, leucorea, etc. Tali fatti però non impedirono alla paziente di continuare con umore eccellente fino a che un' emozione forte non le provocò un lieve stato depressivo semplice. Recatasi dopo qualche giorno da un ginecologo « si sente annunciare l' esistenza di un' infiammazione cronica, di un' ingrossamento dell' utero e del pericolo che « l' utero caschi ». Profondamente impressionata alla sera essa incomincia ad avvertire un qualche cosa in basso, che scende, alla notte è insonne: nel giorno successivo è preoccupatissima: entra in poco tempo in uno stato depressivo ansioso con idee ipocondriache ».

Durante i primi mesi di quest' anno ho avuto occasione di osservare direttamente altre due ammalate ricoverate in questo Manicomio. Caso I: Cart. 255. R. M. di anni 52, ammessa il giorno 24 Gennaio 1912.

Un fratello della paziente è ricoverato nel Manicomio di Cogoleto. L' ammalata è stata nel 1907 accolta per la prima volta nel Manicomio di via Galata in Genova, con idee di persecuzione e distimia depressiva. Una remissione nell' estrinsecazione dei fatti morbosi permise di dimetterla in prova. Non ha cessato però mai di elaborare il suo delirio, finchè da ultimo i suoi propositi di suicidio ed il frequente rifiuto degli alimenti imposero di nuovo il suo ricovero. Qui si mantiene sempre corretta nel suo contegno esprimendo idee deliranti e rivelando turbe sensoriali. Dorme poco, di notte sente qualche voce, che le ricorda vicende famigliari, etc. Narra che una volta è stata sorpresa in un bosco, mentre andava per legna, da due cacciatori, che l' aggredirono brutalmente. Essa gridò e si difese con graffi e con morsi, uno di essi però riuscì lo stesso ad abusare di lei.

Poco dopo, afferma, si accorse di essere incinta « perchè il caffè che prima le piaceva moltissimo la nauseava ».

D' allora in poi non ricomparvero più i flussi mestruali. Per questo e per la sicurezza di essere gravida si fece visitare da una levatrice, che avrebbe, assicura l' ammalata, confermato il suo stato di gravidanza aggiungendo che il feto era morto da qualche tempo e consigliando una visita da un medico, il quale giudicò utile il raschiamento dell' utero, che venne appunto operato. L' atto chirurgico però non ebbe nel riguardo delle condizioni psichiche altro risultato che il peggiorale. La paziente descrive con grande diffusione di particolari l'operazione traendone argomento di un' infinità di concetti e di preoccupazioni ipocondriache.

Essa è convinta che il ferro maldestro del chirurgo le abbia sfondato l' utero, spingendo il feto nella cavità addominale dove si troverebbe tuttora.

Sente nel ventre continuamente muoversi qualche cosa, qualche volta avverte un molesto senso di peso e qualche volta dolore all' ipogastrio di destra. L' umore si è sempre mantenuto sereno in contrasto con la ferma convinzione perdurata fino a quest' ultimo tempo di dover presto soccombere alla pretesa gravidanza. Da un paio di mesi l'ammalata ha però in parte mutato il contenuto di queste idee deliranti. Non può essere il figlio, dice, che si muove. Oramai dopo tanto tempo dovrebbe essere nato. Forse — soggiunge — sono i pezzi del feto, che spinti fuori dell' utero si muovono nell' addome.

Caso II. Cart. 283. N. M., di anni 24, ammessa il giorno 4 marzo 1912.

La nonna paterna è morta per apoplessia all'età di 70 anni, il nonno paterno da molto tempo soffre di accessi asmatici; il nonno materno all' età di 65 anni è stato colpito da ictus apoplepticus, in seguito al quale presentò un rapido e progressivo decadimento mentale, la nonna è morta a 39 anni dopo aver sofferto a lungo di artitrismo; il padre è amante del vino. La madre è sana e dal matrimonio ha avuto due figlie, una (la se-

conda) che è sempre stata bene e l'altra, che è la paziente. Mentre era incinta di quest' ultima (verso il quinto mese di gravidanza) è stata colpita da grave spavento in seguito ad un improvviso tentativo di violenza carnale, al quale si è vivamente ribellata. « Ha — racconta — sofferto molto per questo episodio oltre che moralmente anche fisicamente, perchè sentiva forti dolori come dovesse abortire ». Il parto è stato laborioso, ma non ha richiesto l' uso del forcipe. La bambina ha cominciato a camminare a 18 mesi. Era molto gracile e per la scarsezza del latte materno è stata nutrita in prevalenza con latte di vacca e minestrine. Soffriva continuamente di enterite nonostante le cure alle quali è sempre stata sottoposta. È andata soggetta ai comuni esantemi dell' infanzia ed alla pertosse. All' età di 8 anni e mezzo circa ha sofferto un grave trauma psichico per aver veduto un uomo cadere in terra in seguito ad un attacco epilettico. Pochi mesi dopo questo episodio ha incominciato a presentare frequentemente fenomeni convulsivi, che si limitavano all' arto superiore e che erano accompagnati da un certo grado di obnubilamento della coscienza. Tali convulsioni si ripetevano anche più volte nella giornata. Prima dell' attacco la paziente avvertiva « una speciale sensazione di calore » per cui riusciva ad avvertire chi le stava vicino.

Le mestruazioni, sempre molto scarse, sono comparse a 13 anni. A quest' età pure sono insorti i primi accessi convulsivi generalizzati, accompagnati sempre da perdita di coscienza. Veduta da diversi medici, è stata sottoposta a molteplici cure bromiche, ma i fenomeni convulsivi si sono ripetuti sempre pur lasciando larghe tregue, una volta perfino di un anno. Le convulsioni alle volte, coincidono con il periodo mestruale, alle volte lo seguono o lo precedono immediatamente, altre infine sono completamente senza alcun rapporto con le mestruazioni. Si presentano specialmente al mattino. Spesso il giorno antecedente alla convulsione si nota nella paziente iperattività inconcludente con esaltamento dell' umore e fortissima tendenza ad abusi alcoolici, che riesce quasi sempre a soddisfare.

Il disturbo motore non si presenta però sempre con l' attacco convulsivo completo. Di quando in quando la paziente presenta ampi movimenti clonici che interessano specialmente gli arti, che durono anche 24 ore e durante i quali l' ammalata non perde la coscienza.

In seguito al consiglio di una levatrice tre anni fa è stata visitata da un ginecologo, il quale — riferisce la madre — ha dichiarato di avere trovato l' utero deviato congenitamente. Sottoposta ad intervento ginecologico le è stato consigliato in seguito il matrimonio e... lavande vaginali con soluzioni di acido borico o di sale di cucina.

Dopo la cura però non cessarono i disturbi, anzi questi si aggravarono accusando la paziente spesso un malessere indefinito, l'origine del quale viene imputato all'utero dove « le sembra di sentire muovere qualche cosa ». Neppure le mestruazioni dopo l' intervento ginecologico hanno presentato qualche modificazione.

Dal lato psichico la madre dice che la sua figlia, pur non mostrando al primo aspetto, nulla di diverso dalle altre ragazze della sua età e condizione, in realtà è rimasta una bambina con grande facilità a chiacchierare, con poca critica, ecc. Ora vorrebbe prendere marito, ma essendo abbastanza cosciente del suo male, vuole essere liberata da questo, e perciò domanda spontaneamente di essere ricoverata in manicomio, dove entra in base all'articolo 53 del Regolamento.

Rimasta quivi per una ventina di giorni si ebbero a constatare gli stessi disturbi accennati nell'anamnesi. Si è inoltre riscontrato un lieve grado di esoftalmo, diminuzione del riflesso congiuntivale esaltamento dei riflessi patellari. L'utero appare piccolo, atrofico, infantile. Probabile atrofia ovorica.

Dal lato psichico è stato messo in evidenza : puerilismo intellettuale, affettività superficiale, vivacità nelle manifestazioni esterne, variabilità di umore, facile impressionabilità, tendenza al cicaleccio, ecc.

*
* *

Il prof. Tamburini confutando al XVI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia (Roma 18-21 decembre 1911) il prof. Bossi, il quale proponeva che le alienate prima di essere internate in un manicomio avrebbero dovuto essere sottoposte a visita ginecologica e curate prima di provvedere all'internamento, dimostrava esuberantemente come la proposta, fosse erronea nel concetto generale, che la inspira, spesso inattuabile, non di rado dannosa e generalmente inutile.

Io non so se un bel giorno in Italia, invece di vedere facilitate le ammissioni nei manicomi, come è aspirazione di tutti i paesi più civili, vedremo trionfare i concetti del prof. Bossi o le restrizioni, che suggeriscono alcuni sanitari e certi giornalisti, entusiasti apostoli delle riforme che si ispirano alla scuola ginecologica genovese e che per poco non hanno rievocato a proposito dei nostri Istituti la scena Benelliana del povero Neri suscitando nella folla diffidenza e sospetto. Al prezzo di questi sospetti, non si può tacerlo, Il prof. Bossi deve in gran parte il suo successo popolare. La psicologia della folla è così fatta che più di ogni teoria scientifica, la colpisce ed affascina la frase misteriosa, oscura, l'atmosfera di sospetto e di mistero, che si è riversata sui nostri Istituti e su coloro che si sono preposti. Non per nulla le anime popolari sono sature delle vicende di Sherloch Holmes e di Nick Karter!

Per parte mia, del resto, spero che l'esperimento della limitazione delle ammissioni al Manicomio secondo le proposte di Bossi si faccia ma si faccia sul serio. « Si vedrà allora (e ben a proposito cadono le parole del Kraepelin) che le proposte stampate di modificare le leggi da parte dei mordaci giuristi e dei loro pseudo-alienisti che li appoggiano, saranno spazzate via da un turbine di indignazione per la mancante sollecitudine verso i malati di mente ». La crisi indubbiamente gioverebbe più di tutta la nostra propaganda per vincere gli ostacoli dei pregiudizi che si alimentano contro i nostri Istituti e dimostrare l'unilateralità e la

falsità dei semplicismi di certi specialisti, sanlaringoiatri, oftalmoiatri, ginecologi, ecc.

« Bisogna, come ben avverte Enrico Morselli, ridurre queste eccessive vedute alle loro giuste proporzioni e collocare i vizii e le lesioni particolari segnalate dagli specialisti negli organi come *unica e prima causa* della neurosi e psicosi, in quella proporzione moderata e secondaria che ci viene dimostrata da una più ampia e razionale conoscenza clinica della neuropatologia e psichiatria ».

Mi sembra pertanto che non sia inutile raccogliere obbiettivamente documenti in rapporto alle proposte legislative e terapeutiche del prof. Bossi. Perciò appunto e per il solo scopo di un contributo casistico ho voluto pubblicare le due storie.

Dalla loro semplice lettura, del resto, risulta evidente quanto grande sia il pericolo nel trattare ad orecchio la psicopatologia.

A proposito di operazioni negli organi genitali sia della donna che dell'uomo vale la pena ricordare l'insegnamento di un chirurgo francese, il prof. Tuffier. Riferendo su un ammalato di varicocele si domandò l'autore: « *si debbono operare tutti i casi di varicocele?* » Ebbene, no! perchè gli ammalati che ne sono affetti sono spesso dei nevropatici, nei quali il minimo intervento è capace di ridestare dei fenomeni psichici talvolta gravissimi, di cui facilmente viene accusato il chirurgo. Se vi sono casi in cui la cura del varicocele ha resa la virilità ad ammalati primitivamente impotenti, esistono anche delle osservazioni di ammalati che dopo l'operazione sono divenuti imponenti, senza che si siano verificate nè lesioni del canale deferente nè dall'arteria spermatica. Si tratta in questo caso di un fenomeno inibitorio, grave per l'ammalato e grave anche per il chirurgo ». Siate, conclude il Tuffier, dunque sommamente prudenti con questi ammalati; non dimenticate che essi attribuiscono facilmente all'operaiore quei disturbi varii i quali sono dovuti in realtà al loro stato genarale neuropatico. Non si ricorrerà all'operazione se non come *ultimo ratio*, e soltanto nel caso che l'ammalato non sia

un grave nevropatico. Prima di operare occorrerà mostrarsi assai riservato quanto a prognosi, e non promettere un successo certo e completo.

Ritornando alle nostre pazienti e concludendo mi sembra che l' alimento del delirio nella nostra prima paziente, le evidenti preoccupazioni ipocondriache nella seconda, non hanno bisogno di essere dimostrate, troppo palese essendo il danno dell' intempestivo ed aprioristico intervento ginecologico. Siate dunque prudenti, sommamente prudenti come ripete il Tuffier.



AUTORIASSUNTI E RIVISTE

V. MORELLO — *Balzac e l' antropologia.* — Dalla « Nuova Antologia » Ref. Med. 1912.

In un articolo comparso alcuni anni or sono sulla Nuova Antologia *Vincenzo Morello* da Maestro, richiama l'attenzione dei positivisti italiani sull'opera di Balzac ne' riguardi dell'antropologia criminale. Ne riportiamo i punti salienti per il piacere dei lettori e nostro.

Balzac vide e descrisse l'uomo e la società, quali sono.

Poche creazioni dell'umana fantasia sono così compenetrate di arte e scienza, come la Commedia umana. E poche fantasie possono vantare le emule della natura nella creazione dell'uomo, come questa di Balzac. Dopo 50 anni, l'immensa costruzione letteraria, che si chiama la Commedia umana, sembra, più che la nostra stessa nella quale siamo incastrati, una grande costruzione storica e sociale vivente; e l'autore un condottiere di tribù, più che un evocatore di fantasmi. Per definire e qualificare la Commedia umana, si son trovati in questi 50 anni, mille metafore; e chi la chiamò al tempio di Salomone, tutto oro e marmi preziosi; e chi la chiamò la Torre di Babele, nella quale risuonano tutte le lingue e tutte le passioni combattono insieme, nello stesso tempo; ma non si trovò per l'autore la metafora che organicamente lo rappresentasse e definisse; dell'autore, anzi. nessun artista, nessuno scultore ha ancora saputo ritrarre le sembianze, fissare in un tipo umano nel marmo la forma e l'espressione; quasi che in questo mezzo secolo, i tratti di quella magica figura si siano dileguati dalla memoria e

dalla conoscenza degli uomini, come i raggi del sole, che, in una magnifica primavera, nel dar vita ad un popolo di fiori nella terra e a un popolo di sogni nel cuore umano, si dissolvano nei colori e nei profumi, nei desideri e negli amori che essi stessi generano o fecondano.

Più che una primavera, in verità, Balzac produsse un mondo, o per lo meno portò nel suo cervello tutto un mondo e tutta una società. — « Quattro uomini », egli scriveva a M.[me] Hauska, in un momento di giusta superbia, « avranno avuto vera influenza in questo secolo: Napoleone, Cuvier, O' Connell, e il quarto vorrei essere io. Napoleone ha vissuto del sangue d'Europa: Cuvier ha disseccato il globo; O' Connel si è incarnato in un popolo; io avrei portato una società tutta intera nel mio cervello.

La critica letteraria, se vide i legami che univano la personalità e l'opera in genere di Balzac alle idee morali del suo tempo non vide in particolare l'importanza dei romanzi criminali, non colse e forse non poteva cogliere le relazioni correnti tra i tipi creati dal romanziere ed i tipi prodotti nella vita, non seppe rintracciare il cordone ombelicale che legava il mondo criminale di Balzac col mondo criminale del tempo; e sproposità quindi pietosamente, fino al punto da lamentare con Brunetière, che il Balzac disperdesse le sue forze in « melodrammi giudiziari, non meno ignobili che puerili, come l'ultima incarnazione di Vautrin ». Eppure, ci sarebbe voluto tanto poco ad essere più precisi e meno ingiusti! Uno scrittore come Balzac non si può studiare con gli antichi criteri retorici e gli antichi intendimenti accademici. L'opera di Balzas è un'opera di vita; sorge dall'humus sociale, tutta e intera, e vi resta con le radici profonda, in perpetua fioritura.

Ora è ben questo humus che bisogna esaminare per comprenderne la costituzione chimica, per seguirne le correnti d'irrigazione.

Dove comincia e dove finisce la realtà e la finzione nei personaggi di Balzac? La parte animale, la parte umana, la parte fantastica di questi personaggi è così fusa in una terribile unità vivente, che voi ve li vedete venire dinnanzi questi Cennari, e non sapete ben distinguere qual sia la radice della loro carne e quale sia lo stelo della fantasia dello scrittore. Così la persona di Rastignac ha la stessa radice della persona di Adolfo Tiers; la giovinezza di Luciano di Rubemprè scoppia dalla stessa giovinezza di Iules Ianin; e D'Arthez e Luchet escono dalla stessa matrice donde uscirono Felix Pyat e Chrestieu; e così infine la vita di Vautrin si confonde con la vita di Collet, di Ponsard, di Cognard, di Poucet, di Mitifian, di tutti i grandi delinquenti del suo tempo, dei quali piglia, volta a volta, i nomi, le gesta, il carattere, la figura, formando un gruppo di figure miste in una faccia, come quello che nel XXV dell'Inferno formano l'uomo e il serpente nella reciproca trasformazione del loro movimento e della loro natura.

Ma se per l'ambiente e pel costume, Balzac è il cronista del suo tempo; per il metodo scientifico è un precursore: il precursore dell'antropologia criminale. Tutto quello ch'egli osservò o intuì nella anatomia, nella fisiologia, nella psicologia del delinquente è stato poi ratificato, provato, riprovato dall'antropologia criminale — che non sospetta neppure lontanamente di avere avuto la culla in quella grande opera letteraria.

Vantrin — quale ci appare nella prima pagina del Père Goriot — è un uomo di oltre quarant'anni. Spalle larghe, il busto bene sviluppato, i muscoli bene rilevati, le mani spesse, quadrate, con falangi fitte di pelo, a ciuffetti, di un rosso ardente. Egli è tutto rosso — come gli uomini primitivi; — e l'ombra nella quale passa la sua figura è solcata di vampe sanguigne. Egli passa nella società, attraverso le leggi, le imboscate della polizia, i tradimenti dei suoi complici, come un selvaggio del Nuovo Mondo tra i rettili, le bestie feroci, le tribù nemiche.

Egli sa o indovina gli affari di coloro che lo circondano; ma nessuno di coloro può arrivare a scoprire le sue occupuzioni o penetrare i suoi pensieri. — Chi sono io? — egli dice a Rastignac, col quale ha bisogno di farsi valere. — Chi sono? Vantrin. Che fo? Quel che mi piace.... Ed è bene che sappiate che per me uccidere un uomo e lo stesso che.... — E qui compie la frase lanciando uno spruzzo di saliva. « Non è del resto una bella partita a giuocare — essere solo contro tutti e avere della chauce ».

Esaminate, una a una queste proposizioni. Esse sono l'espressioni della psiche criminale: sono formole mentali che derivano, che fioriscono dalla sostanza stessa della coscienza criminale. Come parla Vantrin, parlano tutti i delinquenti. Balzac ha dato al suo personaggio gli attributi, le energie, le parole, gli accenti, che la natura dà ai suoi prodotti criminali.

L'onestà non serve a niente — dice come principio generale, Vantrin. — E il Ferri nota nelle Tavole psicologiche dichiarazioni di ladri come questa: « Io sono fatalista: non credo all'onestà ». Quell'onestà, che non serve davvero a nulla, quando si tratta di combattere contro la persona o contro i beni altrui!

Ma la dichiarazione caratteristica di Vantrin, è quella che si riferisce all'indifferenza assoluta, all'assoluta semplicità nel manifestare la nessuna repugnanza a commettere un omicidio. Il est bon de vous apprendre — dice a Rastignac — que je me soucie de tuer un homme comme de ca! — dit — il, en laucant un jet de salire.

La fantasia psicologica di Balzac aveva colto, insieme il segno caratteristico della coscienza e dell'espressione di Vantrin: del delinquente nato, del delinquente molteplice, del delinquente di genio, che è insieme ladro e omicida, che organizza una truffa come un agguato, che inventa un piano di polizia, che sventra un uomo come una porta, e tratta una serratura come

una coscienza umana. Si quelque serrure allait mal, il l'avait bieutot demontée rafistolée, huilée. limée remontée eu disant: Ca me connait. — Non ricordate, leggendo di questa abilità di Vantrin, la celebre dichiarazione, del celebre scassinatore Di Hessel, che si vantava di aprire con un soffio una serratura?

Ma una meravigliosa prova de'la profondità di osservazione, e, quasi vorrei dire, divinazione del nostro autore, è nella descrizione della condotta di Vantrin dopo il delitto. Tutto quello che l'antropologia criminale ha osservato, sperimentato, provato e riprovato nelle sue lunghe inchieste e nei suoi studi più sicuri, Balzac aveva già osservato, divinato, descritto cinquant'anni prima. L'identità delle parole, delle frasi, delle espressioni di Vantrin con altri criminali veri e reali, si riscontra miracolosamente anche negli atti, nella condotta susseguente al reato.

La fantasia scientifica di Balzac è tanto grande, e forse più grande, che quella poetica. Egli interpreta con mirabile esattezza, con quella fantasia, i segni caratteristici della figura, scopre le leggi naturali che risiedono nel fondo dei fenomeni morali; e identifica con miracolosa intuizione psicologica tutti i movimenti e gli atti e le parole dei personaggi imaginari coi movimenti gli atti e le parole dei personaggi reali della stessa specie e della stessa natura.

Quando Vantrin è scoperto, in mezzo agli altri abitatori della pensione Vauquer, Balzac riassume in alcuni tratti sintetici magistrali tutta la fisionomia morale del gran delinquente. « Il bagno coi suoi costumi e il suo linguaggio, con le sue brusche transazioni dal gaio all'orribile, la sua spaventevole grandezza, la sua familiarità, la sua bassezza, fu tutto a un tratto rappresentato da quell'uomo, che non fu più un uomo, ma il tipo di tutta una nazione di degenerati, d'un popolo selvaggio e logico, brutale e svelto. In un momento Colin divenne un poeta infernale, su cui si dipinsero tutti i sentimenti umani — salvo uno solo — « il pentimento ». Colpo da maestro quest'ultimo. Tutto

il resto della descrizione poteva essere fatta da qualunque altro scrittore, ma la battuta finale, l'eccezione rapidamente accennata e semplicemente enunciata, non poteva essere che di Balzac. Senza quella eccezione, Colin sarebbe stato un delinquente di maniera, un eroe d'occasione. Con quella eccezione diventa un personaggio vivo e vero. È proprio l'assenza di quel sentimento che distingue e caratterizza il delinquente nato da tutti gli altri. « Durante parecchi anni », scrive il Marro nei Carcerati, « non ho mai mai — osservato il minimo segno di pentimento, mai il più piccolo disagio morale. E in tanti anni avrei potuto ben coglierne qualche indizio ».

Tutte queste osservazioni, di ordine particolare, sono poi integrate da alcune idee generali, sintetiche, che meglio illuminano e rivelano la psiche del delinquente.

Il Balzac non solo osservò e divinò in tutta la sua ampiezza la psiche del delinquente nato, ma ne studiò anche l'irradiazione. Gli uomini come Vantrin hanno troppa abbondanza di forze vitali perchè non sentano il bisogno di scaricarsene in parte, per alimentare altri soggetti.

Essi cercano quindi il debole per corromperlo, per formarlo, per ricrearlo a loro imagine, per farsene un amico, un complice, un aiuto e spesso un conforto. « Egli non s'era fatto l'amico del giovane Celestino che per inoculargli nelle vene il cattivo sangue che correva nelle sue », dice Claude, di Edouard Henry. E così si può dire di Vantrin verso Luciano di Rubembiè. Quello che aveva tentato invano con Rastignac, tipo superiore e volontario, Vantrin tentò con successo con Lnciano, tipo mediocre, di coscienza incerta, di carattere dubbio. E la conqnista di Luciano fu il più grande trionfo di Vantrin nel commercio sociale. Meriterebbero uno studio a parte le due tentazioni di Vantrin, nel Père Goriot e nelle illusioni perdute, su Rastignac e su Luciano di Rubemprè.

Quanta sapienza, quanta crudeltà, quanta ferocia, quanta

audacia di pensiero e di parole nella tentazione di Rastignac — l'uomo forte. l'uomo col quale non si può giocare di equivoci, l'uomo che si prepara ad essere egli stesso un lottatore e forse un corruttore nella vita! E invece, quanta unzione, quanta dolcezza, quanta amabilità, quanta metafora, con Luciano, l' uomo morbido, senza energia e senza avvenire: il corrotto incosciente? Con Rastignac, il patto di Mefistofele con Faust; con Luciano, l'amabilità di Pietro e Iaffier nella Venezia salvata di Otway. Egli ha bisogno di impadronirsi dell'anima e della vita di uomini come Rastignac o Luciano di Rubemprè — per mezzo dei quali comunicare alla società, della quale é al bando. Come in un atmosfera di tempesta i suoni si propagano più celeremente e più fortemente, nell'atmosfera di quelle giovani anime in tumulto. Vantrin capiva si sarebbe dovuto più celermente e fortemente propagare l'energia del suo pensiero e del suo istinto criminoso. Egli sa il gesto, la parola, l'atteggiamento morale da pigliare di contro all'uno o all'altro: con Rastignac, da pari a pari, da gente che si guarda negli occhi e si comprende anche di là del proprio pensiero; lupo contro lupo; — con Luciano Rumbemprè, da superiore a inferiore, da protettore a protetto, da confessore a penitente. Con Rastignac, quindi, Vantrin si dichiara; con Luciano si nasconde; — a Rastignac mostra il petto, mostra la profonda ferita avuta in duello, mostra i canini esercitati a tutti i morsi, con Luciano si chiude tutto nella veste e nel nome e nell' ombra del gesuita che aveva assunti al suo ritorno dalla Spagna. Con Rastignac, insomma, egli è, secondo la sua metafora, la palla di cannone che tenta di sfondare: con Luciano la peste che penetra vittoriosa nell'anima e nel corpo.

Nelle pagine che il Balzac consacra alle relazioni tra Carlos Herrera e Luciano è tutta la psicologia dell' incubo e del succube, ricercata alle sorgenti, disegnata nel suo corso, descritta fino agli sbocchi. E poichè Balzac pensa a tutto, pensò anche alla definizione, nell'ordine penale, del succube; e anticipando sulla si-

stemazione, egli definì Luciano di Rumbemprè un demicriminel. Quando dopo la truffa al Nucingen, di cui egli era e doveva essere complice, perchè il milione doveva servire al suo matrimonio con la Grandlieu, e la susseguente morte di Ester, fu tratto in prigione, e sottoposto a interrogatorio, Luciano non seppe resistere all'assalto delle diverse domande del giudice istruttore, s'imbrogliò, si irritò, si commosse, accusò, si accusò? E allora Balzac osserva: « Supponete ora un semi-criminale, come Luciano, che salvato da un primo naufragio della virtù...... ». — E più giustamente di così non era possibile osservare e definire. La scuola criminale positivista dà, infatti. al succube il nome di criminoloide.... Ma per la storia, il gran « professore di scienze sociali », come Balzac stesso si chiamava, aveva bollato prima fra tutti nel segno, col suo sorprendente acume scientifico e morale!

Ma dove « il professore di scienze sociali » più sicuramente e più singolarmente rivela il suo genio e le miserie altrui, e laggiù nel cerchio VIII. nella gola fera delle prigioni, dove sono caduti e raccolti tutti i delinquenti che la giustizia è potuta riuscire a fermare nella via. L'aria si tinge di nero; la fronte umana si piega umiliata allo spettacolo. I carcerati passano, evitandosi, lanciandosi sguardi cupi e sorrisi lividi, secondo i pensieri del momento. La galera pare un manicomio. Il delitto e la follia — domanda Balzac, precorrendo la risposta e la definizione dell'antropologia criminale — il delitto e la follia non hanno qualche somiglianza tra loro? Tutta quella gente che preferì, come dice Dante, vita bestiale all'umana, ha veramente figura bestiale più che umana. Balzac disegna quelle figure con un rilievo scientifico che sbalordisce. Tutti i tratti fisici e morali dei delinquenti ch'egli descrive, noi li vediamo riprodotti negli atlanti della scienza e nelle cronache giudiziarie moderne. Ognuno di essi porta il suo marchio. Balzac osserva e stabilisce il carattere indelibile che dà a ciascuno l'esercizio del mestiere. Ecco la Pouraille, piccolo

secco, magro, volto di faina, stupido quanto agile, feroce contro il prossimo, quanto obbediente verso il suo capo. Ecco Teodoro Calvi, ladro e assassino, il compagno di affetto e di catena di Vantrin in galera, pallido, olivastro. femineo, occhi incavati, fronte depressa; ecco Biffon, celebre ladro, di piccola statura, grosso e grasso, su due gambe bene arcuate, con sul volto tutti i caratteri dell' animale carnivoro; ecco Fil-de-Svie, che a primo aspetto somiglia a un lupo per la larghezza delle sue mascelle vigorosamente pronunziate, e fa ribrezzo pel colore del volto pallido e butterato; ecco Asie, la zia e la educatrice di Vantrin, l'antica amante di Marat, ladra, assassina, avvelenatrice, che par la madre di tutti i delitti, e le cui mani hanno fatto mille mietiture. Tutte queste fronti depresse, e sfuggenti, queste gambe arcuate, questi volti di faina e di lupo, queste mani adunche, si piegano innanzi a Vantrin, obbedienti ad ogni cenno di questo Cromwell del bagno, paurosi ad ogni minaccia, fiduciosi in ogni proposito, credenti in ogni resurrezzione. Quando essi sono uniti o quando comunicano lontani; come genti di diversa specie da quella della quale sono nati, hanno un loro linguaggio particolare, il loro argot, modellato col conio della loro anima, così diversa e così lontana dalla nostra. Balzac è il primo a rilevare l'importanza e a dare importanza d'arte a questo linguaggio, a studiarlo, a interpetrarlo, a illustrarlo. Non vi è infatti linguaggio più energico e colorito di quello formatosi attraverso mille paure mille fughe, mille tragiche peripezie. Ogni parola è un imagine brutale, ingegnosa o terribile; le sillabe, che cominciono o finiscono le parole, sono aspre, stridenti, roventi come ferri e come acidi.... Quì, come vedete, noi siamo tanto lontani da Victor Hugo che da Bostojewski, tanto lontani dal principio della riabilitazione quanto dalla regione della soffarenza umana; quì siamo nella zona intermedia tra l'umanità e l'animalità, qui siamo alle ultime trincee, alle ultime frontiere della ragione umana e del sentimento civile, e alla porta dell'istintiva bestialità, e della preistorica bar-

barie. Ma ahimè da queste lontane provincie, dal fondo oscuro del bagno, qualcuno sorge ad imporsi nella società: Vantrin sorge a dominare e a comandare. Quando caduto definitivamente nelle mani della giustizia, i giudici tentano di fare il processo a Vantrin, non possono: la loro iniziativa si frange; la loro buona buona volontà rimane paralizzata; la legge stessa rimane confusa

La giustizia, di fronte a Vantrin, dichiara la sua bancarotta e viene a patti. Perchè? Perchè Vantrin ha in mano i segreti della Duchessa di Manfrignense, di Madame di Serizy, di Clotilde Grandlieu: ha in mano l'avvenire del giudice istruttore, la fortuna del procuratore generale, la salute di più di un ministro: parecchie alte famiglie in pericolo! Quì l'azione precipita. — Noi siamo alla mercè di un forzato – dice il duca di Grandlieu, piegandosi all'orecchio della duchessa di Manfrigneuse. — C'est fait — risponde la duchessa. E Vantrin è liberato. — Ecco la morale di questa storia — aggiunge subito, serenamente l'autore che ha legato alla stessa catena, nella stessa galera, sotto il martello delle stesse necessità, la classe alta e la bassa, l'uomo politico e l'uomo di affari, la dama galante e l'avventuriera, la moglie del giudice e la zia di Vantrin, il polso del condannato e il codice della legge. Ed ecco la morale della vita umana?

DOTTORI L. PRETI, LIBERO DOCENLE, E L. PALLINI. — Contributo allo studio del ricambio materiale nella pellagra.

Con queste ricerche ci siamo proposti di studiare il bilancio dell'azoto, il bilancio dei grassi, il bilancio degli idrati di carbonio, il bilancio delle calorie in indivrdui pellagrosi, senza complicazioni di nessun genere, e senza turbe funzionali ad alterazioni anatomiche patenti.

Concludendo quindi passiamo dire che i pellagrosi studiati, i quali non presentavano turbe enteriche funzionali ad anatomiche potenti, sono in grado di assimilare convenientemente quanto ingeriscono, ancorchè la dieta sia ridotta a quell' alimentazione, a cui essi abitualmente sogliono attenersi. È da osservare ancora che l' utilizzazione dei principii alimentari: azoto, idrati di carbonio e grassi per opera del tubo digerente, non rag-

giunge quel grado di intensità, che si verifica in individui sani. Quest' ultimo rilievo viene a trovare una giustificazione nelle condizioni in cui si trovano in molti pellagrosi alcune funzioni di secrezione e di fermentazione del tubo digerente che noi in una nota precedente abbiamo messo in rilievo.

G. Zaccarini. — Sull' anatomia patologica dell' ipofisi cerebrale.

Illustra due reparti di autopsia; il primo si riferisce ad una donna morta a 78 anni di sarcoma uterino e nefrite ascendente, in cui l' apofisi era trasformata quasi nella sua totalità in una cisti, e il restante tessuto ipofisario, presentava un' enorme ricchezza di cellule cromofile, specialmente delle eosinofile. Istologicamente si avevano le caratteristiche dell' ipofisi senile per quanto non fossero molte accentuate le alterazioni dello strama, e in più le alterazioni date dalla presenza della cisti. Discute il valore da darsi nel suo caso alla presenza di numerose cellule cromofile, prendendo anche in considerazione il fatto che l' autopsia rilevò inoltre un piccolo stroma surrena'e. Il secondo caso si riferisce ad una donna morta a 45 anni per ascesso cerebrale consecutivo a mastoidite; l' autopsia dimostrò inoltre un tumore dell' ipofisi che sporgeva per metà dalla sella turcica e che aveva già usurato le pareti del corpo dello sfenoide.

Dal lato clinico si aveva assenza di acromagolia e di lipomotosi, un leggero grado di diabete e ipoplasiane dei genitali. Istologicamente il tumore appartiene allo stromo adenomotoso dell' ipofisi a cellole pallide. Un lato interessante del caso descritto è rappresentato dalla dissociazione della sindrome di Fraehlich. — E infatti si aveva errato sviluppo dei genitali, mentre invece mancava la distrofia adiposa.

Discute sull' esistenza o meno del centro trofico di questa lesione e sulle caratteristiche cistologiche del tumore ipofisario accompagnante la distrofia adiposo-genitale.

Bechterew. — Che cosa è la pellagra? — *Dentsche medizionische Wochenscrift num. 32 1912.*

La nuova disciplina scentifica denominata psicosi flessologia, si occupa dello studio dei fenomeni esterni dell' attività neuropsichica, in rapporto con le eccitazioni provocatrici di essi.

I processi psichici, obbiettivamente considerati sono il risultato di eccitazioni nervose che affluiscono dalla periferia, sono trasportate dall' uno all' altro per mezzo delle fibre associative, e poi ritornano di bel nuovo alla periferia sotto forma di eccitazioni motorie o secretorie. La psicoriflesso-

logia tende allo scopo di chiarire, come atti nervosi complicati, i così detti processi psichici, ed il meccanismo di loro produzione: essa lascia lo studio dal lato subbiettivo di tali processi alla comune psicologia, cioè alla psicologia subbiettiva. I fenomeni di cui si occupa la psicoriflessologia differiscono dai semplici fenomeni riflessi, perchè questi ultimi sono reazioni organiche ereditarie, mentre i fenomeni psicoriflessi sono frutto di esperienza individuale. Un forte ed improvviso rumore per es. produce un movimento riflesso di trasalimento sì negli adulti che nei bambini; ma il grido di una belva produce un semplice movimento riflesso di trasalimento sia nei bambini o in altri soggetti che ignorino ancora completamente il significato di quel fenomeno acustico; negli altri casi il grido indicante la vicinanza di una belva, fa non soltanto trasalire, ma produce un processo psichico, cioè un movimento di fuga o, in altri casi un riflesso psichico più complicato cioè dei provvedimenti di difesa. La psicosi flessologica e lo studio scentifico dei riflessi psichici mediante l'osservazione e l'esperimento Essa non rigetta affatto la psicologia subbiettiva, ma si avvale di metodi del tutto diversi, giacchè, invece di occuparsi del lato subbiettivo dei fenomeni psichici, studia questi fenomeni da punti di vista esclusivamente obbiettivi, e si serve perciò di particolari mezzi d'indagine, per esempio di apparecchi di misurazione, registrazione e via dicendo.

SCHICKELE. — Sull'interpretazione di speciali casi di ipertonia nelle donne.

Riferisce alcuni casi caratterizzati da tre ordini di fatto: 1. – irregolarità della mestruazione, con tendenza alle emorragie; 2. — sintomi nervosi: irrequietezza, cefalalgia, vampe di calore, forti sudori, palpitasione, oppressione di respiro, insonnia, inettezza al lavoro, talvolta depressione psichica; 3. — aumento della pressione sanguigna (150-180 o anche più). Allorchè queste pazienti si rivolgono ad un ginecologo, a cagione dei loro disordini uterini, accade per lo più si diagnostica una endometrite, e che si esiegue il raschiamento dell'utero. Ma l'endometrite non esiste: l'esame microscopico, eseguito dopo il raschiamento dimostra che l'endometrio è sano.

Tra le pazienti in quistione, alcune sono relativamente giovani (una per esempio aveva 29 anni ed un'altra 39) altri trovansi nel periodo preclimaterico. I disordini sopra accennati dipendono, con molta probabilità, da una parziale soppressione della funzione ovarica, e più precisamente dalla secrezione interna delle ovaie. Tale diminuzione funzionale è ammissibile senz'altro, nel periodo preclimaterico, ma può senza dubbio verificarsi anche in donne relativamente giovani. L'ipotesi, che nei casi in esame

la causa dei disordini sia rappresentata da una parziale soppressione dell'attività ovarica, trovano un forte appoggio nella spiccata analogia che hanno i menzionati disordini nervosi, con quelli che osservansi, si spesso nell'età climaterica. Un'altra prova ci è fornita dal fatto che nella menopausa, come pure nell'oblazione delle ovaie, si produce un aumento della pressione arteriosa. Infine si ha una terza prova, molto eloquente negli effetti terapeutici favorevolissimi che lo Schickele ha ottenuto in parecchi de' suoi casi colla somministrazione di estratti ovarico o di corpus lutei — (Medirinische Klinik n. 31 1912).

Riassumendo ecco quanto si può dunque affermare: se la reazione di Wassermann è positiva nel sangue, essa è caratterizzata in genere dalla infezione celtica, tranne poche eccezioni: non permette però affermare la natura sifilitica della data lesione nervosa: se essa è negativa può servire come valido criterio diagnostico differenziale contro l'ammissione per esempio di una paralisi progressiva.

In quanto al liquido cerebro-spinale se ha caratteri fisici e chimici anormali, aumentata pressione (più di 15 cm. di acqua) aumentata contenuto di albumina, linfacitosi, siamo di fronte ad un'affezione organica del sistema nervoso; se poi vi è positiva la reazione di Wassermann, si può affermare una paralisi progressiva, o con minore probabilità una tale o una sifilide cerebro-spinale.

(Riv. Crit. Clin. Med.).

PFEIFER. — La diagnosi della paralisi progressiva sul reparto istologico della puntura cerebrale.

L'A. dopo aver fatto notare quanta importanza abbia l'esame istologico dei frammenti ottenuti con puntura cerebrale per differenziare specialmente la paralisi progressiva della sifilide cerebrale, dalla cisti-cercosi e da tumori cerebrali e dopo di avere affermato che la tecnica è semplice ed anche innocua, riferisce un caso in cui ebbe a notare circa un'ora dopo la puntura cerebrale, l'insorgenza di una spiccata emiparesi destra con afasia totale ed aprassia ideatoria per concludere che tale evenienza ammonisce ad essere cauti nell'uso della puntura cerebrale nella paralisi progressiva ed a limitarlo soltanto ai casi ove cogli altri dati clinici non sia possibile stabilire una diagnosi sicura e specialmente là dove si abbia il sospetto che invece che ad una paralisi si sia di fronte ad un'affezione organica del cervello, la quale si possa avvantaggiare da una pronta terapia chirurgica.

PLESER. — Contributo alla diagnosi istologica della paralisi progressiva per mezzo della puntura cerebrale.

L'A. dopo aver riferito su due casi nei quali ricorse alla puntura cerebrale per la diagnosi differenziale della paralisi progressiva e la sifilide cerebrale nel primo, e della paralisi progressiva e la sifilide cerebrale o anche di un tumore nel secondo, ed affermato che in entrambi i casi la diagnosi assodata colla puntura cerebrale aveva avuto piena conferma dall'autopsia conclude che però la puntura cerebrale non essendo scevro da pericoli, sia giustificata, nei casi in questione, solo allorchè esista la possibilità che possa trattarsi di una malattia suscettibile di cura chirurgica e non mai al semplice scopo di accertare la diagnosi di una paralisi progressiva.

Dott. CESARE BIANCHI e C. VALLARDI. – Alimentazione maidica ed ipersensibilità agli estratti di mais.

L'alimentazione prevalentemente, o solo in parte, maidica, si tratti di mais guasto o di mais buono, determina negli animali, dopo un certo periodo di tempo, uno stato di ipersensibilità assai accentuato verso tutti gli estratti di mais. Questi, difatti, introdotti nelle vene ed in peritoneo, già a piccolissime dosi, determinano l'insorgere di gravissimi fenomeni che conducono rapidamente a morte gli animali con sintomi analoghi e con reperto anatomo-patologico pressochè identico a quelli offertici dall'anafi assi sierica o dall'intossicazione peplonica.

Si tratta di un fenomeno specifico che cioè si verifica soltanto negli animali sottoposti al trattamento maidico, comunque questo venga praticato, senza che sia dato di notare differenze apprezzabili in rapporto alle diverse qualità di mais usato per l'alimentazione degli animali e per la preparazione degli estratti.

SEIGE. — Esperienze Cliniche col neuronale.

Il neuronale è stato subito appena introdotto in terapia usato nella Clinica Psichiatrica di Zeno ed il Leige, durante il suo asistentato, ne ha studiato gli effetti in 65 infermi, ai quali furono date complessivamente circa 600 dosi del rimedio. Il neuronale si dimostrò sommamente utile nell'insonnia semplice. La dose però di 0,5 non riesce efficace che nei casi leggieri, mentre è necessario ricorrere a dosi più forti cioè gr. 1 - 1,5.

Il neurale si dimostrò anche un utile sedativo contro i disordini vaso-

motori delle diverse nevrosi, come anche contro i disordini nervosi del climaterio e contro quelli che si osservano spesso nei disturbi mestruali.

Associando il neuronale con l'idrato di amilene si trovò utilissimo nello stato epilettico e nei gravi stati crepuscolari epilettici, non così il solo neuronale in surrogazione dei bromuri nell'epilessia.

Spesso si potè ottenere con 2 grammi di neuronale unito a 6 grammi di idrato di amilene, un sonno prolungato seguito da un risveglio utile nei casi nei quali era stata negativa la somministrazione di forti dose di scapolamina. L'associazione di questi due rimedi sembra esplicare un'azione specifica delle gravi condizioni epilettiche, come unito all'antifebbrina il neuronale si dimostra spesso un'ottimo analgesico- Negli alienati cronicamente eccitati il mensionato rimedio solo, a dosi refratte, esercita un'azione sedativa.

VOLPINN-BORDANI ALPAGO-NOVELLO. — Ricerche sulla pellagra. *Regia Accademia di Medicina in Torino. Seduta del 7 Giugno 1912.*

Gli autori hanno studiato la natura dell'ipersensibilità del pellegroso per gli estratti di mais guasto. Essi usavano estratti allestiti in due diversi modi.

1° Estratti acquosi, filtrati e sterilizzati alla candela di Chamberland;

2° precipitando con l'alcool l'estratto ottenendo una poltiglia bianchiccia che veniva disseccata in polvere e poi ridisciolta in liquido fisiologico.

A scopo di controllo poi fecero iniezioni nei pellegrosi anche con estratto allestito nello stesso modo con mais sano.

I risultati furono eguali tanto con l'estratto acquoso quanto con quello precipitato.

Con estratto di mais sano i pellagrosi reagiscono al pari dei sani nulla o quasi nulla, nell'estratto di mais guasto invece i pellagrosi hanno una reazione più o meno violenta che si manifesta con febbre, diarrea, disturbi psichici ecc., in un caso si ebbe febbre fino a 40, stato semicomatoso, diarrea, delirio ecc., fenomeni che si dileguarono dopo due giorni.

Gli A. A. concludono che nel mais guasto esistono delle sostanze solubili in acqua, che resistono a 115° per 10 minuti, quali per ora non si possono separare, che sono poco tossiche per gli animali e per gli uomini non pellagrosi, che provocano invece una reazione ben netta, ora più, ora meno intensa, negli individui affetti da pellagra.



Il prof. Tamburini confutando al XVI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia (Roma 18-21 decembre 1911) il prof. Bossi, il quale proponeva che le alienate prima di essere internate in un manicomio avrebbero dovuto essere sottoposte a visita ginecologica e curate prima di provvedere all'internamento, dimostrava esuberantemente come la proposta, fosse erronea nel concetto generale, che la inspira, spesso inattuabile, non di rado dannosa e generalmente inutile.

Io non so se un bel giorno in Italia, invece di vedere facilitate le ammissioni nei manicomi, come è aspirazione di tutti i paesi più civili, vedremo trionfare i concetti del prof. Bossi o le restrizioni, che suggeriscono alcuni sanitari e certi giornalisti, entusiasti apostoli delle riforme che si ispirano alla scuola ginecologica genovese e che per poco non hanno rievocato a proposito dei nostri Istituti la scena Benelliana del povero Neri suscitando nella folla diffidenza e sospetto. Al prezzo di questi sospetti, non si può tacerlo, Il prof. Bossi deve in gran parte il suo successo popolare. La psicologia della folla è così fatta che più di ogni teoria scientifica, la colpisce ed affascina la frase misteriosa, oscura, l'atmosfera di sospetto e di mistero, che si è riversata sui nostri Istituti e su coloro che si sono preposti. Non per nulla le anime popolari sono sature delle vicende di Sherloch Holmes e di Nick Karter!

Per parte mia, del resto, spero che l'esperimento della limitazione delle ammissioni al Manicomio secondo le proposte di Bossi si faccia ma si faccia sul serio. « Si vedrà allora (e ben a proposito cadono le parole del Kraepelin) che le proposte stampate di modificare le leggi da parte dei mordaci giuristi e dei loro pseudo-alienisti che li appoggiano, saranno spazzate via da un turbine di indignazione per la mancante sollecitudine verso i malati di mente ». La crisi indubbiamente gioverebbe più di tutta la nostra propaganda per vincere gli ostacoli dei pregiudizi che si alimentano contro i nostri Istituti e dimostrare l'unilateralità e la

falsità dei semplicismi di certi specialisti, sanlaringoiatri, oftalmoiatri, ginecologi, ecc.

« Bisogna, come ben avverte Enrico Morselli, ridurre queste eccessive vedute alle loro giuste proporzioni e collocare i vizii e le lesioni particolari segnalate dagli specialisti negli organi come *unica e prima causa* della neurosi e psicosi, in quella proporzione moderata e secondaria che ci viene dimostrata da una più ampia e razionale conoscenza clinica della neuropatologia e psichiatria ».

Mi sembra pertanto che non sia inutile raccogliere obbiettivamente documenti in rapporto alle proposte legislative e terapeutiche del prof. Bossi. Perciò appunto e per il solo scopo di un contributo casistico ho voluto pubblicare le due storie.

Dalla loro semplice lettura, del resto, risulta evidente quanto grande sia il pericolo nel trattare ad orecchio la psicopatologia.

A proposito di operazioni negli organi genitali sia della donna che dell'uomo vale la pena ricordare l'insegnamento di un chirurgo francese, il prof. Tuffier. Riferendo su un ammalato di varicocele si domandò l'autore: « *si debbono operare tutti i casi di varicocele?* » Ebbene, no! perchè gli ammalati che ne sono affetti sono spesso dei nevropatici, nei quali il minimo intervento è capace di ridestare dei fenomeni psichici talvolta gravissimi, di cui facilmente viene accusato il chirurgo. Se vi sono casi in cui la cura del varicocele ha resa la virilità ad ammalati primitivamente impotenti, esistono anche delle osservazioni di ammalati che dopo l'operazione sono divenuti imponenti, senza che si siano verificate nè lesioni del canale deferente nè dall'arteria spermatica. Si tratta in questo caso di un fenomeno inibitorio, grave per l'ammalato e grave anche per il chirurgo ». Siate, conclude il Tuffier, dunque sommamente prudenti con questi ammalati; non dimenticate che essi attribuiscono facilmente all'operaiore quei disturbi varii i quali sono dovuti in realtà al loro stato genarale neuropatico. Non si ricorrerà all'operazione se non come *ultimo ratio*, e soltanto nel caso che l'ammalato non sia

un grave nevropatico. Prima di operare occorrerà mostrarsi assai riservato quanto a prognosi, e non promettere un' successo certo e completo.

Ritornando alle nostre pazienti e concludendo mi sembra che l' alimento del delirio nella nostra prima paziente, le evidenti preoccupazioni ipocondriache nella seconda, non hanno bisogno di essere dimostrate, troppo palese essendo il danno dell' intempestivo ed aprioristico intervento ginecologico. Siate dunque prudenti, sommamente prudenti come ripete il Tuffier.



AUTORIASSUNTI E RIVISTE

V. Morello — *Balzac e l'antropologia.* — Dalla « Nuova Antologia » Ref. Med. 1912.

In un articolo comparso alcuni anni or sono sulla Nuova Antologia *Vincenzo Morello* da Maestro, richiama l'attenzione dei positivisti italiani sull'opera di Balzac ne' riguardi dell'antropologia criminale. Ne riportiamo i punti salienti per il piacere dei lettori e nostro.

Balzac vide e descrisse l'uomo e la società, quali sono.

Poche creazioni dell'umana fantasia sono così compenetrate di arte e scienza, come la Commedia umana. E poche fantasie possono vantare le emule della natura nella creazione dell'uomo, come questa di Balzac. Dopo 50 anni, l'immensa costruzione letteraria, che si chiama la Commedia umana, sembra, più che la nostra stessa nella quale siamo incastrati, una grande costruzione storica e sociale vivente; e l'autore un condottiere di tribù, più che un evocatore di fantasmi. Per definire e qualificare la Commedia umana, si son trovati in questi 50 anni, mille metafore; e chi la chiamò al tempio di Salomone, tutto oro e marmi preziosi; e chi la chiamò la Torre di Babele, nella quale risuonano tutte le lingue e tutte le passioni combattono insieme, nello stesso tempo; ma non si trovò per l'autore la metafora che organicamente lo rappresentasse e definisse; dell'autore, anzi. nessun artista, nessuno scultore ha ancora saputo ritrarre le sembianze, fissare in un tipo umano nel marmo la forma e l'espressione; quasi che in questo mezzo secolo, i tratti di quella magica figura si siano dileguati dalla memoria e

dalla conoscenza degli uomini, come i raggi del sole, che, in una magnifica primavera, nel dar vita ad un popolo di fiori nella terra e a un popolo di sogni nel cuore umano, si dissolvano nei colori e nei profumi, nei desideri e negli amori che essi stessi generano o fecondano.

Più che una primavera, in verità, Balzac produsse un mondo, o per lo meno portò nel suo cervello tutto un mondo e tutta una società. — « Quattro uomini », egli scriveva a Mme Hauska, in un momento di giusta superbia, « avranno avuto vera influenza in questo secolo: Napoleone, Cuvier, O' Connell, e il quarto vorrei essere io. Napoleone ha vissuto del sangue d'Europa: Cuvier ha disseccato il globo; O' Connel si è incarnato in un popolo; io avrei portato una società tutta intera nel mio cervello.

La critica letteraria, se vide i legami che univano la personalità e l'opera in genere di Balzac alle idee morali del suo tempo non vide in particolare l'importanza dei romanzi criminali, non colse e forse non poteva cogliere le relazioni correnti tra i tipi creati dal romanziere ed i tipi prodotti nella vita, non seppe rintracciare il cordone ombelicale che legava il mondo criminale di Balzac col mondo criminale del tempo; e spropositò quindi pietosamente, fino al punto da lamentare con Brunetière, che il Balzac disperdesse le sue forze in « melodrammi giudiziari, non meno ignobili che puerili, come l'ultima incarnazione di Vautrin ». Eppure, ci sarebbe voluto tanto poco ad essere più precisi e meno ingiusti! Uno scrittore come Balzac non si può studiare con gli antichi criteri retorici e gli antichi intendimenti accademici. L'opera di Balzas è un'opera di vita; sorge dall'humus sociale, tutta e intera, e vi resta con le radici profonda, in perpetua fioritura.

Ora è ben questo humus che bisogna esaminare per comprenderne la costituzione chimica, per seguirne le correnti d'irrigazione.

Dove comincia e dove finisce la realtà e la finzione nei personaggi di Balzac? La parte animale, la parte umana, la parte fantastica di questi personaggi è così fusa in una terribile unità vivente, che voi ve li vedete venire dinnanzi questi Cennari, e non sapete ben distinguere qual sia la radice della loro carne e quale sia lo stelo della fantasia dello scrittore. Così la persona di Rastignac ha la stessa radice della persona di Adolfo Tiers; la giovinezza di Luciano di Rubemprè scoppia dalla stessa giovinezza di Iules Ianin; e D'Arthez e Luchet escono dalla stessa matrice donde uscirono Felix Pyat e Chrestieu; e così infine la vita di Vautrin si confonde con la vita di Collet, di Ponsard, di Cognard, di Poucet, di Mitifian, di tutti i grandi delinquenti del suo tempo, dei quali piglia, volta a volta, i nomi, le gesta, il carattere, la figura, formando un gruppo di figure miste in una faccia, come quello che nel XXV dell'Inferno formano l'uomo e il serpente nella reciproca trasformazione del loro movimento e della loro natura.

Ma se per l'ambiente e pel costume, Balzac è il cronista del suo tempo; per il metodo scientifico è un precursore: il precursore dell'antropologia criminale. Tutto quello ch'egli osservò o intuì nella anatomia, nella fisiologia, nella psicologia del delinquente è stato poi ratificato, provato, riprovato dall'antropologia criminale — che non sospetta neppure lontanamente di avere avuto la culla in quella grande opera letteraria.

Vantrin — quale ci appare nella prima pagina del Père Goriot — è un uomo di oltre quarant'anni. Spalle larghe, il busto bene sviluppato, i muscoli bene rilevati, le mani spesse, quadrate, con falangi fitte di pelo, a ciuffetti, di un rosso ardente. Egli è tutto rosso — come gli uomini primitivi; — e l'ombra nella quale passa la sua figura è solcata di vampe sanguigne. Egli passa nella società, attraverso le leggi, le imboscate della polizia, i tradimenti dei suoi complici, come un selvaggio del Nuovo Mondo tra i rettili, le bestie feroci, le tribù nemiche.

Egli sa o indovina gli affari di coloro che lo circondano; ma nessuno di coloro può arrivare a scoprire le sue occupuzioni o penetrare i suoi pensieri. — Chi sono io? — egli dice a Rastignac, col quale ha bisogno di farsi valere. — Chi sono? Vantrin. Che fo? Quel che mi piace.... Ed è bene che sappiate che per me uccidere un uomo e lo stesso che.... — E qui compie la frase lanciando uno spruzzo di saliva. « Non è del resto una bella partita a giuocare — essere solo contro tutti e avere della chauce ».

Esaminate, una a una queste proposizioni. Esse sono l'espressioni della psiche criminale: sono formole mentali che derivano, che fioriscono dalla sostanza stessa della coscienza criminale. Come parla Vantrin, parlano tutti i delinquenti. Balzac ha dato al suo personaggio gli attributi, le energie, le parole, gli accenti, che la natura dà ai suoi prodotti criminali.

L'onestà non serve a niente — dice come principio generale, Vantrin. — E il Ferri nota nelle Tavole psicologiche dichiarazioni di ladri come questa: « Io sono fatalista: non credo all'onestà ». Quell'onestà, che non serve davvero a nulla, quando si tratta di combattere contro la persona o contro i beni altrui!

Ma la dichiarazione caratteristica di Vantrin, è quella che si riferisce all'indifferenza assoluta, all'assoluta semplicità nel manifestare la nessuna repugnanza a commettere un omicidio. Il est bon de vous apprendre — dice a Rastignac — que je me soucie de tuer un homme comme de ca! — dit — il, en laucant un jet de salire.

La fantasia psicologica di Balzac aveva colto, insieme il segno caratteristico della coscienza e dell'espressione di Vantrin: del delinquente nato, del delinquente molteplice, del delinquente di genio, che è insieme ladro e omicida, che organizza una truffa come un agguato, che inventa un piano di polizia, che sventra un uomo come una porta, e tratta una serratura come

una coscienza umana. Si quelque serrure allait mal, il l'avait bieutot demontée rafistolée, huilée. limée remontée eu disant: Ca me connait. — Non ricordate, leggendo di questa abilità di Vantrin, la celebre dichiarazione, del celebre scassinatore Di Hessel, che si vantava di aprire con un soffio una serratura?

Ma una meravigliosa prova della profondità di osservazione, e, quasi vorrei dire, divinazione del nostro autore, è nella descrizione della condotta di Vantrin dopo il delitto. Tutto quello che l'antropologia criminale ha osservato, sperimentato, provato e riprovato nelle sue lunghe inchieste e nei suoi studi più sicuri, Balzac aveva già osservato, divinato, descritto cinquant'anni prima. L'identità delle parole, delle frasi, delle espressioni di Vantrin con altri criminali veri e reali, si riscontra miracolosamente anche negli atti, nella condotta susseguente al reato.

La fantasia scientifica di Balzac è tanto grande, e forse più grande, che quella poetica. Egli interpreta con mirabile esattezza, con quella fantasia, i segni caratteristici della figura, scopre le leggi naturali che risiedono nel fondo dei fenomeni morali; e identifica con miracolosa intuizione psicologica tutti i movimenti e gli atti e le parole dei personaggi imaginari coi movimenti gli atti e le parole dei personaggi reali della stessa specie e della stessa natura.

Quando Vantrin è scoperto, in mezzo agli altri abitatori della pensione Vauquer, Balzac riassume in alcuni tratti sintetici magistrali tutta la fisionomia morale del gran delinquente. « Il bagno coi suoi costumi e il suo linguaggio, con le sue brusche transazioni dal gaio all'orribile, la sua spaventevole grandezza, la sua familiarità, la sua bassezza, fu tutto a un tratto rappresentato da quell'uomo, che non fu più un uomo, ma il tipo di tutta una nazione di degenerati, d'un popolo selvaggio e logico, brutale e svelto. In un momento Colin divenne un poeta infernale, su cui si dipinsero tutti i sentimenti umani — salvo uno solo — « il pentimento ». Colpo da maestro quest'ultimo. Tutto

il resto della descrizione poteva essere fatta da qualunque altro scrittore, ma la battuta finale, l'eccezione rapidamente accennata e semplicemente enunciata, non poteva essere che di Balzac. Senza quella eccezione, Colin sarebbe stato un delinquente di maniera, un eroe d'occasione. Con quella eccezione diventa un personaggio vivo e vero. È proprio l'assenza di quel sentimento che distingue e caratterizza il delinquente nato da tutti gli altri. « Durante parecchi anni », scrive il Marro nei Carcerati, « non ho mai mai — osservato il minimo segno di pentimento, mai il più piccolo disagio morale. E in tanti anni avrei potuto ben coglierne qualche indizio ».

Tutte queste osservazioni, di ordine particolare, sono poi integrate da alcune idee generali, sintetiche, che meglio illuminano e rivelano la psiche del delinquente.

Il Balzac non solo osservò e divinò in tutta la sua ampiezza la psiche del delinquente nato, ma ne studiò anche l'irradiazione. Gli uomini come Vantrin hanno troppa abbondanza di forze vitali perchè non sentano il bisogno di scaricarsene in parte, per alimentare altri soggetti.

Essi cercano quindi il debole per corromperlo, per formarlo, per ricrearlo a loro imagine, per farsene un amico, un complice, un aiuto e spesso un conforto. « Egli non s'era fatto l'amico del giovane Celestino che per inocugargli nelle vene il cattivo sangue che correva nelle sue », dice Claude, di Edouard Henry. E così si può dire di Vantrin verso Luciano di Rubembiè. Quello che aveva tentato invano con Rastignac, tipo superiore e volontario, Vantrin tentò con successo con Lnciano, tipo mediocre, di coscienza incerta, di carattere dubbio. E la conqnista di Luciano fu il più grande trionfo di Vantrin nel commercio sociale. Meriterebbero uno studio a parte le due tentazioni di Vantrin, nel Père Goriot e nelle illusioni perdute, su Rastignac e su Luciano di Rubemprè.

Quanta sapienza, quanta crudeltà, quanta ferocia, quanta

audacia di pensiero e di parole nella tentazione di Rastignac — l'uomo forte. l'uomo col quale non si può giocare di equivoci, l'uomo che si prepara ad essere egli stesso un lottatore e forse un corruttore nella vita! E invece, quanta unzione, quanta dolcezza, quanta amabilità, quanta metafora, con Luciano, l' uomo morbido, senza energia e senza avvenire: il corrotto incosciente? Con Rastignac, il patto di Mefistofele con Faust; con Luciano, l'amabilità di Pietro e Iaffier nella Venezia salvata di Otway. Egli ha bisogno di impadronirsi dell'anima e della vita di uomini come Rastignac o Luciano di Rubemprè — per mezzo dei quali comunicare alla società, della quale é al bando. Come in un atmosfera di tempesta i suoni si propagano più celeremente e più fortemente, nell'atmosfera di quelle giovani anime in tumulto. Vantrin capiva si sarebbe dovuto più celermente e fortemente propagare l'energia del suo pensiero e del suo istinto criminoso. Egli sa il gesto, la parola, l'atteggiamento morale da pigliare di contro all'uno o all'altro: con Rastignac, da pari a pari, da gente che si guarda negli occhi e si comprende anche di là del proprio pensiero; lupo contro lupo; — con Luciano Rumbemprè, da superiore a inferiore, da protettore a protetto, da confessore a penitente. Con Rastignac, quindi, Vantrin si dichiara; con Luciano si nasconde; — a Rastignac mostra il petto, mostra la profonda ferita avuta in duello, mostra i canini esercitati a tutti i morsi, con Luciano si chiude tutto nella veste e nel nome e nell' ombra del gesuita che aveva assunti al suo ritorno dalla Spagna. Con Rastignac, insomma, egli è, secondo la sua metafora, la palla di cannone che tenta di sfondare: con Luciano la peste che penetra vittoriosa nell'anima e nel corpo.

Nelle pagine che il Balzac consacra alle relazioni tra Carlos Herrera e Luciano è tutta la psicologia dell' incubo e del succube, ricercata alle sorgenti, disegnata nel suo corso, descritta fino agli sbocchi. E poichè Balzac pensa a tutto, pensò anche alla definizione, nell'ordine penale, del succube; e anticipando sulla si-

stemazione, egli definì Luciano di Rumbemprè un demicriminel. Quando dopo la truffa al Nucingen, di cui egli era e doveva essere complice, perchè il milione doveva servire al suo matrimonio con la Grandlieu, e la susseguente morte di Ester, fu tratto in prigione, e sottoposto a interrogatorio, Luciano non seppe resistere all'assalto delle diverse domande del giudice istruttore, s'imbrogliò, si irritò, si commosse, accusò, si accusò? E allora Balzac osserva: « Supponete ora un semi-criminale, come Luciano, che salvato da un primo naufragio della virtù...... ». — E più giustamente di così non era possibile osservare e definire. La scuola criminale positivista dà, infatti. al succube il nome di criminoloide.... Ma per la storia, il gran « professore di scienze sociali », come Balzac stesso si chiamava, aveva bollato prima fra tutti nel segno, col suo sorprendente acume scientifico e morale!

Ma dove « il professore di scienze sociali » più sicuramente e più singolarmente rivela il suo genio e le miserie altrui, e laggiù nel cerchio VIII. nella gola fera delle prigioni, dove sono caduti e raccolti tutti i delinquenti che la giustizia è potuta riuscire a fermare nella via. L'aria si tinge di nero; la fronte umana si piega umiliata allo spettacolo. I carcerati passano, evitandosi, lanciandosi sguardi cupi e sorrisi lividi, secondo i pensieri del momento. La galera pare un manicomio. Il delitto e la follia — domanda Balzac, precorrendo la risposta e la definizione dell'antropologia criminale — il delitto e la follia non hanno qualche somiglianza tra loro? Tutta quella gente che preferì, come dice Dante, vita bestiale all'umana, ha veramente figura bestiale più che umana. Balzac disegna quelle figure con un rilievo scientifico che sbalordisce. Tutti i tratti fisici e morali dei delinquenti ch'egli descrive, noi li vediamo riprodotti negli atlanti della scienza e nelle cronache giudiziarie moderne. Ognuno di essi porta il suo marchio. Balzac osserva e stabilisce il carattere indelibile che dà a ciascuno l'esercizio del mestiere. Ecco la Pouraille, piccolo

secco, magro, volto di faina, stupido quanto agile, feroce contro il prossimo, quanto obbediente verso il suo capo. Ecco Teodoro Calvi, ladro e assassino, il compagno di affetto e di catena di Vantrin in galera, pallido, olivastro. femineo, occhi incavati, fronte depressa; ecco Biffon, celebre ladro, di piccola statura, grosso e grasso, su due gambe bene arcuate, con sul volto tutti i caratteri dell' animale carnivoro; ecco Fil-de-Svie, che a primo aspetto somiglia a un lupo per la larghezza delle sue mascelle vigorosamente pronunziate, e fa ribrezzo pel colore del volto pallido e butterato; ecco Asie, la zia e la educatrice di Vantrin, l'antica amante di Marat, ladra, assassina, avvelenatrice, che par la madre di tutti i delitti, e le cui mani hanno fatto mille mietiture. Tutte queste fronti depresse, e sfuggenti, queste gambe arcuate, questi volti di faina e di lupo, queste mani adunche, si piegano innanzi a Vantrin, obbedienti ad ogni cenno di questo Cromwell del bagno, paurosi ad ogni minaccia, fiduciosi in ogni proposito, credenti in ogni resurrezione. Quando essi sono uniti o quando comunicano lontani; come genti di diversa specie da quella della quale sono nati, hanno un loro linguaggio particolare, il loro argot, modellato col conio della loro anima, così diversa e così lontana dalla nostra. Balzac è il primo a rilevare l'importanza e a dare importanza d'arte a questo linguaggio, a studiarlo, a interpetrarlo, a illustrarlo. Non vi è infatti linguaggio più energico e colorito di quello formatosi attraverso mille paure mille fughe, mille tragiche peripezie. Ogni parola è un imagine brutale, ingegnosa o terribile; le sillabe, che cominciono o finiscono le parole, sono aspre, stridenti, roventi come ferri e come acidi.... Quì, come vedete, noi siamo tanto lontani da Victor Hugo che da Bostojewski, tanto lontani dal principio della riabilitazione quanto dalla regione della soffarenza umana; quì siamo nella zona intermedia tra l'umanità e l'animalità, qui siamo alle ultime trincee, alle ultime frontiere della ragione umana e del sentimento civile, e alla porta dell'istintiva bestialità, e della preistorica bar-

barie. Ma ahimè da queste lontane provincie, dal fondo oscuro del bagno, qualcuno sorge ad imporsi nella società: Vantrin sorge a dominare e a comandare. Quando caduto definitivamente nelle mani della giustizia, i giudici tentano di fare il processo a Vantrin, non possono: la loro iniziativa si frange; la loro buona buona volontà rimane paralizzata; la legge stessa rimane confusa

La giustizia, di fronte a Vantrin, dichiara la sua bancarotta e viene a patti. Perchè? Perchè Vantrin ha in mano i segreti della Duchessa di Manfrignense, di Madame di Serizy, di Clotilde Grandlieu: ha in mano l'avvenire del giudice istruttore, la fortuna del procuratore generale, la salute di più di un ministro: parecchie alte famiglie in pericolo! Quì l'azione precipita. — Noi siamo alla mercè di un forzato – dice il duca di Grandlieu, piegandosi all'orecchio della duchessa di Manfrigneuse. — C'est fait — risponde la duchessa. E Vantrin è liberato. — Ecco la morale di questa storia — aggiunge subito, serenamente l'autore che ha legato alla stessa catena, nella stessa galera, sotto il martello delle stesse necessità, la classe alta e la bassa, l'uomo politico e l'uomo di affari, la dama galante e l'avventuriera, la moglie del giudice e la zia di Vantrin, il polso del condannato e il codice della legge. Ed ecco la morale della vita umana?

DOTTORI L. PRETI, LIBERO DOCENTE, E L. PALLINI. – Contributo allo studio del ricambio materiale nella pellagra.

Con queste ricerche ci siamo proposti di studiare il bilancio dell'azoto, il bilancio dei grassi, il bilancio degli idrati di carbonio, il bilancio delle calorie in indivrdui pellagrosi, senza complicazioni di nessun genere, e senza turbe funzionali ad alterazioni anatomiche patenti.

Concludendo quindi passiamo dire che i pellagrosi studiati, i quali non presentavano turbe enteriche funzionali ad anatomiche potenti, sono in grado di assimilare convenientemente quanto ingeriscono, ancorchè la dieta sia ridotta a quell' alimentazione, a cui essi abitualmente sogliono attenersi. È da osservare ancora che l' utilizzazione dei principii alimentari: azoto, idrati di carbonio e grassi per opera del tubo digerente, non rag-

giunge quel grado di intensità, che si verifica in individui sani. Quest' ultimo rilievo viene a trovare una giustificazione nelle condizioni in cui si trovano in molti pellagrosi alcune funzioni di secrezione e di fermentazione del tubo digerente che noi in una nota precedente abbiamo messo in rilievo.

G. ZACCARINI. — Sull' anatomia patologica dell' ipofisi cerebrale.

Illustra due reparti di autopsia; il primo si riferisce ad una donna morta a 78 anni di sarcoma uterino e nefrite ascendente, in cui l' apofisi era trasformata quasi nella sua totalità in una cisti, e il restante tessuto ipofisario, presentava un' enorme ricchezza di cellule cromofile, specialmente delle eosinofile. Istologicamente si avevano le caratteristiche dell' ipofisi senile per quanto non fossero molte accentuate le alterazioni dello strama, e in più le alterazioni date dalla presenza della cisti. Discute il valore da darsi nel suo caso alla presenza di numerose cellule cromofile, prendendo anche in considerazione il fatto che l' autopsia rilevò inoltre un piccolo stroma surrenale. Il secondo caso si riferisce ad una donna morta a 45 anni per ascesso cerebrale consecutivo a mastoidite; l' autopsia dimostrò inoltre un tumore dell' ipofisi che sporgeva per metà dalla sella turcica e che aveva già usurato le pareti del corpo dello sfenoide.

Dal lato clinico si aveva assenza di acromagolia e di lipomotosi, un leggero grado di diabete e ipoplasiane dei genitali. Istologicamente il tumore appartiene allo stromo adenomotoso dell' ipofisi a cellole pallide. Un lato interessante del caso descritto è rappresentato dalla dissociazione della sindrome di Fraehlich. — E infatti si aveva errato sviluppo dei genitali, mentre invece mancava la distrofia adiposa.

Discute sull' esistenza o meno del centro trofico di questa lesione e sulle caratteristiche cistologiche del tumore ipofisario accompagnante la distrofia adiposo-genitale.

BECHTEREW. — Che cosa è la pellagra? — *Dentsche medizionische Wochenscrift num. 32 1912.*

La nuova disciplina scentifica denominata psicosi flessologia, si occupa dello studio dei fenomeni esterni dell' attività neuropsichica, in rapporto con le eccitazioni provocatrici di essi.

I processi psichici, obbiettivamente considerati sono il risultato di eccitazioni nervose che affluiscono dalla periferia, sono trasportate dall' uno all' altro per mezzo delle fibre associative, e poi ritornano di bel nuovo alla periferia sotto forma di eccitazioni motorie o secretorie. La psicoriflesso-

logia tende allo scopo di chiarire, come atti nervosi complicati, i cosi detti processi psichici, ed il meccanismo di loro produzione: essa lascia lo studio dal lato subbiettivo di tali processi alla comune psicologia, cioè alla psicolagia subbiettiva. I fenomeni di cui si occupa la psicoriflessologia differiscono dai semplici fenomenì riflessi, perchè questi ultimi sono reazioni organiche ereditarie, mentre i fenomeni psicoriflessi sono frutto di esperienza individuale. Un forte ed improvviso rumore per es. produce un movimento riflesso di trasalimento si negli adulti che nei bambini; ma il grido di una belva produce un semplice movimento riflesso di trasalimento sia nei bambini o in altri soggetti che ignorino ancora completamente il significato di quel fenomeno acustico; negli altri casi il grido indicante la vicinanza di una belva, fa non soltanto trasalire, ma produce un processo psichico, cioè un movimento di fuga o, in altri casi un riflesso psichico più complicato cioè dei provvedimenti di difesa. La psicosi flessologica e lo studio scentifico dei riflessi psichici mediante l'osservazione e l'esperimento. Essa non rigetta affatto la psicologia subbiettiva, ma si avvale di metodi del tutto diversi, giacchè, invece di occuparsi del lato subbiettivo dei fenomeni psichici, studia questi fenomeni da punti di vista esclusivamente obbiettivi, e si serve perciò di particolari mezzi d'indagine, per esempio di apparecchi di misurazione, registrazione e via dicendo.

SCHICKELE. — Sull'interpretazione di speciali casi di ipertonia nelle donne.

Riferisce alcuni casi caratterizzati da tre ordini di fatto: 1. – irregolarità della mestruazione, con tendenza alle emorragie; 2. — sintomi nervosi: irrequietezza, cefalalgia, vampe di calore, forti sudori, palpitasione, oppressione di respiro, insonnia, inettezza al lavoro, talvolta depressione psichica; 3. -- aumento della pressione sanguigna (150-180 o anche più). Allorchè queste pazienti si rivolgono ad un ginecologo, a cagione dei loro disordini uterini, accade per lo più si diagnostica una endometrite, e che si esiegue il raschiamento dell'utero. Ma l'endometrite non esiste: l'esame microscopico, eseguito dopo il raschiamento dimostra che l'endometrio è sano.

Tra le pazienti in quistione, alcune sono relativamente giovani (una per esempio aveva 29 anni ed un'altra 39) altri trovansi nel periodo preclimaterico. I disordini sopra accennati dipendono, con molta probabilità, da una parziale soppressione della funzione ovarica, e più precisamente dalla secrezione interna delle ovaie. Tale diminuzione funzionale è ammissibile senz'altro, nel periodo preclimaterico, ma può senza dubbio verificarsi anche in donne relativamente giovani. L'ipotesi, che nei casi in esame

la causa dei disordini sia rappresentata da una parziale soppressione dell'attività ovarica, trovano un forte appoggio nella spiccata analogia che hanno i menzionati disordini nervosi, con quelli che osservansi, sì spesso nell'età climaterica. Un'altra prova ci è fornita dal fatto che nella menopausa, come pure nell'oblazione delle ovaie, si produce un aumento della pressione arteriosa. Infine si ha una terza prova, molto eloquente negli effetti terapeutici favorevolissimi che lo Schickele ha ottenuto in parecchi de' suoi casi colla somministrazione di estratti ovarico o di corpus lutei — (Medirinische Klinik n. 31 1912).

*

Riassumendo ecco quanto si può dunque affermare: se la reazione di Wassermann è positiva nel sangue, essa è caratterizzata in genere dalla infezione celtica, tranne poche eccezioni: non permette però affermare la natura sifilitica della data lesione nervosa: se essa è negativa può servire come valido criterio diagnostico differenziale contro l'ammissione per esempio di una paralisi progressiva.

In quanto al liquido cerebro-spinale se ha caratteri fisici e chimici anormali, aumentata pressione (più di 15 cm. di acqua) aumentata contenuto di albumina, linfacitosi, siamo di fronte ad un'affezione organica del sistema nervoso; se poi vi è positiva la reazione di Wassermann, si può affermare una paralisi progressiva, o con minore probabilità una tale o una sifilide cerebro-spinale.

(Riv. Crit. Clin. Med.).

PFEIFER. — La diagnosi della paralisi progressiva sul reparto istologico della puntura cerebrale.

L'A. dopo aver fatto notare quanta importanza abbia l'esame istologico dei frammenti ottenuti con puntura cerebrale per differenziare specialmente la paralisi progressiva della sifilide cerebrale, dalla cisti-cercosi e da tumori cerebrali e dopo di avere affermato che la tecnica è semplice ed anche innocua, riferisce un caso in cui ebbe a notare circa un'ora dopo la puntura cerebrale, l'insorgenza di una spiccata emiparesi destra con afasia totale ed aprassia ideatoria per concludere che tale evenienza ammonisce ad essere cauti nell'uso della puntura cerebrale nella paralisi progressiva ed a limitarlo soltanto ai casi ove cogli altri dati clinici non sia possibile stabilire una diagnosi sicura e specialmente là dove si abbia il sospetto che invece che ad una paralisi si sia di fronte ad un'affezione organica del cervello, la quale si possa avvantaggiare da una pronta terapia chirurgica.

PLE.SER. — Contributo alla diagnosi istologica della paralisi progressiva per mezzo della puntura cerebrale.

L'A. dopo aver riferito su due casi nei quali ricorse alla puntura cerebrale per la diagnosi differenziale della paralisi progressiva e la sifilide cerebrale nel primo, e della paralisi progressiva e la sifilide cerebrale o anche di un tumore nel secondo, ed affermato che in entrambi i casi la diagnosi assodata colla puntura cerebrale aveva avuto piena conferma dall'autopsia conclude che però la puntura cerebrale non essendo scevro da pericoli, sia giustificata, nei casi in questione, solo allorchè esista la possibilità che possa trattarsi di una malattia suscettibile di cura chirurgica e non mai al semplice scopo di accertare la diagnosi di una paralisi progressiva.

Dott. CESARE BIANCHI e C. VALLARDI. — Alimentazione maidica ed ipersensibilità agli estratti di mais.

L'alimentazione prevalentemente, o solo in parte, maidica, si tratti di mais guasto o di mais buono, determina negli animali, dopo un certo periodo di tempo, uno stato di ipersensibilità assai accentuato verso tutti gli estratti di mais. Questi, difatti, introdotti nelle vene ed in peritoneo, già a piccolissime dosi, determinano l'insorgere di gravissimi fenomeni che conducono rapidamente a morte gli animali con sintomi analoghi e con reperto anatomo-patologico pressochè identico a quelli offertici dall'anafi assi sierica o dall'intossicazione peplonica.

Si tratta di un fenomeno specifico che cioè si verifica soltanto negli animali sottoposti al trattamento maidico, comunque questo venga praticato, senza che sia dato di notare differenze apprezzabili in rapporto alle diverse qualità di mais usato per l'alimentazione degli animali e per la preparazione degli estratti.

SEIGE. — Esperienze Cliniche col neuronale.

Il neuronale è stato subito appena introdotto in terapia usato nella Clinica Psichiatrica di Zeno ed il Leige, durante il suo asistentato, ne ha studiato 'gli effetti in 65 infermi, ai quali furono date complessivamente circa 600 dosi del rimedio. Il neuronale si dimostrò sommamente utile nell'insonnia semplice. La dose però di 0,5 non riesce efficace che nei casi leggieri, mentre è necessario ricorrere a dosi più forti cioè gr. 1 - 1,5.

Il neurale si dimostrò anche un utile sedativo contro i disordini vaso-

motori delle diverse nevrosi, come anche contro i disordini nervosi del climaterio e contro quelli che si osservano spesso nei disturbi mestruali.

Associando il neuronale con l'idrato di amilene si trovò utilissimo nello stato epilettico e nei gravi stati crepuscolari epilettici, non così il solo neuronale in surrogazione dei bromuri nell'epilessia.

Spesso si potè ottenere con 2 grammi di neuronale unito a 6 grammi di idrato di amilene, un sonno prolungato seguito da un risveglio utile nei casi nei quali era stata negativa la somministrazione di forti dose di scapolamina. L'associazione di questi due rimedi sembra esplicare un'azione specifica delle gravi condizioni epilettiche, come unito all'antifebbrina il neuronale si dimostra spesso un'ottimo analgesico- Negli alienati cronicamente eccitati il mensionato rimedio solo, a dosi refratte, esercita un'azione sedativa.

VOLPINN-BORDANI ALPAGO-NOVELLO. — Ricerche sulla pellagra. *Regia Accademia di Medicina in Torino. Seduta del 7 Giugno 1912.*

Gli autori hanno studiato la natura dell'ipersensibilità del pellegroso per gli estratti di mais guasto. Essi usavano estratti allestiti in due diversi modi.

1° Estratti acquosi, filtrati e sterilizzati alla candela di Chamberland;

2° precipitando con l'alcool l'estratto ottenendo una poltiglia bianchiccia che veniva disseccata in polvere e poi ridisciolta in liquido fisiologico.

A scopo di controllo poi fecero iniezioni nei pellegrosi anche con estratto allestito nello stesso modo con mais sano.

I risultati furono eguali tanto con l'estratto acquoso quanto con quello precipitato.

Con estratto di mais sano i pellagrosi reagiscono al pari dei sani nulla o quasi nulla, nell'estratto di mais guasto invece i pellagrosi hanno una reazione più o meno violenta che si manifesta con febbre, diarrea, disturbi psichici ecc., in un caso si ebbe febbre fino a 40, stato semicomatoso, diarrea, delirio ecc., fenomeni che si dileguarono dopo due giorni.

Gli A. A. concludono che nel mais guasto esistono delle sostanze solubili in acqua, che resistono a 115° per 10 minuti, quali per ora non si possono separare, che sono poco tossiche per gli animali e per gli uomini non pellagrosi, che provocano invece una reazione ben netta, ora più, ora meno intensa, negli individui affetti da pellagra.

---

barie. Ma ahimè da queste lontane provincie, dal fondo oscuro del bagno, qualcuno sorge ad imporsi nella società: Vantrin sorge a dominare e a comandare. Quando caduto definitivamente nelle mani della giustizia, i giudici tentano di fare il processo a Vantrin, non possono: la loro iniziativa si frange; la loro buona buona volontà rimane paralizzata; la legge stessa rimane confusa

La giustizia, di fronte a Vantrin, dichiara la sua bancarotta e viene a patti. Perchè? Perchè Vantrin ha in mano i segreti della Duchessa di Manfrignense, di Madame di Serizy, di Clotilde Grandlieu: ha in mano l'avvenire del giudice istruttore, la fortuna del procuratore generale, la salute di più di un ministro: parecchie alte famiglie in pericolo! Quì l'azione precipita. — Noi siamo alla mercè di un forzato – dice il duca di Grandlieu, piegandosi all'orecchio della duchessa di Manfrigneuse. — C'est fait — risponde la duchessa. E Vantrin è liberato. — Ecco la morale di questa storia — aggiunge subito, serenamente l'autore che ha legato alla stessa catena, nella stessa galera, sotto il martello delle stesse necessità, la classe alta e la bassa, l'uomo politico e l'uomo di affari, la dama galante e l'avventuriera, la moglie del giudice e la zia di Vantrin, il polso del condannato e il codice della legge. Ed ecco la morale della vita umana?

DOTTORI L. PRETI, LIBERO DOCENLE, E L. PALLINI. – Contributo allo studio del ricambio materiale nella pellagra.

Con queste ricerche ci siamo proposti di studiare il bilancio dell'azoto, il bilancio dei grassi, il bilancio degli idrati di carbonio, il bilancio delle calorie in individui pellagrosi, senza complicazioni di nessun genere, e senza turbe funzionali ad alterazioni anatomiche patenti.

Concludendo quindi passiamo dire che i pellagrosi studiati, i quali non presentavano turbe enteriche funzionali ad anatomiche potenti, sono in grado di assimilare convenientemente quanto ingeriscono, ancorchè la dieta sia ridotta a quell' alimentazione, a cui essi abitualmente sogliono attenersi. È da osservare ancora che l' utilizzazione dei principii alimentari: azoto, idrati di carbonio e grassi per opera del tubo digerente, non rag-

giunge quel grado di intensità, che si verifica in individui sani. Quest' ultimo rilievo viene a trovare una giustificazione nelle condizioni in cui si trovano in molti pellagrosi alcune funzioni di secrezione e di fermentazione del tubo digerente che noi in una nota precedente abbiamo messo in rilievo.

G. ZACCARINI. — Sull' anatomia patologica dell' ipofisi cerebrale.

Illustra due reparti di autopsia; il primo si riferisce ad una donna morta a 78 anni di sarcoma uterino e nefrite ascendente, in cui l' apofisi era trasformata quasi nella sua totalità in una cisti, e il restante tessuto ipofisario, presentava un' enorme ricchezza di cellule cromofile, specialmente delle eosinofile. Istologicamente si avevano le caratteristiche dell' ipofisi senile per quanto non fossero molte accentuate le alterazioni dello strama, e in più le alterazioni date dalla presenza della cisti. Discute il valore da darsi nel suo caso alla presenza di numerose cellule cromofile, prendendo anche in considerazione il fatto che l' autopsia rilevò inoltre un piccolo stroma surrena'e. Il secondo caso si riferisce ad una donna morta a 45 anni per ascesso cerebrale consecutivo a mastoidite; l' autopsia dimostrò inoltre un tumore dell' ipofisi che sporgeva per metà dalla sella turcica e che aveva già usurato le pareti del corpo dello sfenoide.

Dal lato clinico si aveva assenza di acromagolia e di lipomotosi, un leggero grado di diabete e ipoplasiane dei genitali. Istologicamente il tumore appartiene allo stromo adenomotoso dell' ipofisi a cellole pallide. Un lato interessante del caso descritto è rappresentato dalla dissociazione della sindrome di Fraehlich. — E infatti si aveva errato sviluppo dei genitali, mentre invece mancava la distrofia adiposa.

Discute sull' esistenza o meno del centro trofico di questa lesione e sulle caratteristiche cistologiche del tumore ipofisario accompagnante la distrofia adiposo-genitale.

BECHTEREW. — Che cosa è la pellagra? — *Deutsche medizionische Wochenscrift num. 32 1912.*

La nuova disciplina scentifica denominata psicosi flessologia, si occupa dello studio dei fenomeni esterni dell' attività neuropsichica, in rapporto con le eccitazioni provocatrici di essi.

I processi psichici, obbiettivamente considerati sono il risultato di eccitazioni nervose che affluiscono dalla periferia, sono trasportate dall' uno all' altro per mezzo delle fibre associative, e poi ritornano di bel nuovo alla periferia sotto forma di eccitazioni motorie o secretorie. La psiçoriflesso-

logia tende allo scopo di chiarire, come atti nervosi complicati, i cosi detti processi psichici, ed il meccanismo di loro produzione: essa lascia lo studio dal lato subbiettivo di tali processi alla comune psicologia, cioè alla psicolagia subbiettiva. I fenomeni di cui si occupa la psicoriflessologia differiscono dai semplici fenomenì riflessi, perchè questi ultimi sono reazioni organiche ereditarie, mentre i fenomeni psicoriflessi sono frutto di esperienza individuale. Un forte ed improvviso rumore per es. produce un movimento riflesso di trasalimento si negli adulti che nei bambini; ma il grido di una belva produce un semplice movimento riflesso di trasalimento sia nei bambini o in altri soggetti che ignorino ancora completamente il significato di quel fenomeno acustico; negli altri casi il grido indicante la vicinanza di una belva, fa non soltanto trasalire, ma produce un processo psichico, cioè un movimento di fuga o, in altri casi un riflesso psichico più complicato cioè dei provvedimenti di difesa. La psicosi flessologica e lo studio scentifico dei riflessi psichici mediante l'osservazione e l'esperimento. Essa non rigetta affatto la psicologia subbiettiva, ma si avvale di metodi del tutto diversi, giacchè, invece di occuparsi del lato subbiettivo dei fenomeni psichici, studia questi fenomeni da punti di vista esclusivamente obbiettivi, e si serve perciò di particolari mezzi d'indagine, per esempio di apparecchi di misurazione, registrazione e via dicendo.

SCHICKELE. — Sull'interpretazione di speciali casi di ipertonia nelle donne.

Riferisce alcuni casi caratterizzati da tre ordini di fatto: 1. — irregolarità della mestruazione, con tendenza alle emorragie; 2. — sintomi nervosi: irrequietezza, cefalalgia, vampe di calore, forti sudori, palpitasione, oppressione di respiro, insonnia, inettezza al lavoro, talvolta depressione psichica; 3. — aumento della pressione sanguigna (150-180 o anche più). Allorchè queste pazienti si rivolgono ad un ginecologo, a cagione dei loro disordini uterini, accade per lo più si diagnostica una endometrite, e che si esiegue il raschiamento dell'utero. Ma l'endometrite non esiste: l'esame microscopico, eseguito dopo il raschiamento dimostra che l'endometrio è sano.

Tra le pazienti in quistione, alcune sono relativamente giovani (una per esempio aveva 29 anni ed un'altra 39) altri trovansi nel periodo preclimaterico. I disordini sopra accennati dipendono, con molta probabilità, da una parziale soppressione della funzione ovarica, e più precisamente dalla secrezione interna delle ovaie. Tale diminuzione funzionale è ammissibile senz'altro, nel periodo preclimaterico, ma può senza dubbio verificarsi anche in donne relativamente giovani. L'ipotesi, che nei casi in esame

la causa dei disordini sia rappresentata da una parziale soppressione dell'attività ovarica, trovano un forte appoggio nella spiccata analogia che hanno i menzionati disordini nervosi, con quelli che osservansi, si spesso nell'età climaterica. Un'altra prova ci è fornita dal fatto che nella menopausa, come pure nell'oblazione delle ovaie, si produce un aumento della pressione arteriosa. Infine si ha una terza prova, molto eloquente negli effetti terapeutici favorevolissimi che lo Schickele ha ottenuto in parecchi de' suoi casi colla somministrazione di estratti ovarico o di corpus lutei — (Medirinische Klinik n. 31 1912).

Riassumendo ecco quanto si può dunque affermare: se la reazione di Wassermann è positiva nel sangue, essa è caratterizzata in genere dalla infezione celtica, tranne poche eccezioni: non permette però affermare la natura sifilitica della data lesione nervosa: se essa è negativa può servire come valido criterio diagnostico differenziale contro l'ammissione per esempio di una paralisi progressiva.

In quanto al liquido cerebro-spinale se ha caratteri fisici e chimici anormali, aumentata pressione (più di 15 cm. di acqua) aumentata contenuto di albumina, linfacitosi, siamo di fronte ad un'affezione organica del sistema nervoso; se poi vi è positiva la reazione di Wassermann, si può affermare una paralisi progressiva. o con minore probabilità una tale o una sifilide cerebro-spinale.

(Riv. Crit. Clin. Med.).

PFEIFER. — La diagnosi della paralisi progressiva sul reparto istologico della puntura cerebrale.

L'A. dopo aver fatto notare quanta importanza abbia l'esame istologico dei frammenti ottenuti con puntura cerebrale per differenziare specialmente la paralisi progressiva della sifilide cerebrale, dalla cisti-cercosi e da tumori cerebrali e dopo di avere affermato che la tecnica è semplice ed anche innocua, riferisce un caso in cui ebbe a notare circa un'ora dopo la puntura cerebrale, l'insorgenza di una spiccata emiparesi destra con afasia totale ed aprassia ideatoria per concludere che tale evenienza ammonisce ad essere cauti nell'uso della puntura cerebrale nella paralisi progressiva ed a limitarlo soltanto ai casi ove cogli altri dati clinici non sia possibile stabilire una diagnosi sicura e specialmente là dove si abbia il sospetto che invece che ad una paralisi si sia di fronte ad un'affezione organica del cervello, la quale si possa avvantaggiare da una pronta terapia chirurgica.

PLE.SER. — Contributo alla diagnosi istologica della paralisi progressiva per mezzo della puntura cerebrale.

L'A. dopo aver riferito su due casi nei quali ricorse alla puntura cerebrale per la diagnosi differenziale della paralisi progressiva e la sifilide cerebrale nel primo, e della paralisi progressiva e la sifilide cerebrale o anche di un tumore nel secondo, ed affermato che in entrambi i casi la diagnosi assodata colla puntura cerebrale aveva avuto piena conferma dall' autopsia conclude che però la puntura cerebrale non essendo scevro da pericoli, sia giustificata, nei casi in questione, solo allorchè esista la possibilità che possa trattarsi di una malattia suscettibile di cura chirurgica e non mai al semplice scopo di accertare la diagnosi di una paralisi progressiva.

Dott. CESARE BIANCHI e C. VALLARDI. — Alimentazione maidica ed ipersensibilità agli estratti di mais.

L'alimentazione prevalentemente, o solo in parte, maidica, si tratti di mais guasto o di mais buono, determina negli animali, dopo un certo periodo di tempo, uno stato di ipersensibilità assai accentuato verso tutti gli estratti di mais. Questi, difatti, introdotti nelle vene ed in peritoneo, già a piccolissime dosi, determinano l'insorgere di gravissimi fenomeni che conducono rapidamente a morte gli animali con sintomi analoghi e con reperto anatomo-patologico pressochè identico a quelli offertici dall'anafi assi sierica o dall' intossicazione peplonica.

Si tratta di un fenomeno specifico che cioè si verifica soltanto negli animali sottoposti al trattamento maidico, comunque questo venga praticato, senza che sia dato di notare differenze apprezzabili in rapporto alle diverse qualità di mais usato per l'alimentazione degli animali e per la preparazione degli estratti.

SEIGE. — Esperienze Cliniche col neuronale.

Il neuronale è stato subito appena introdotto in terapia usato nella Clinica Psichiatrica di Zeno ed il Leige, durante il suo asistentato, ne ha studiato 'gli effetti in 65 infermi, ai quali furono date complessivamente circa 600 dosi del rimedio. Il neuronale si dimostrò sommamente utile nell'insonnia semplice. La dose però di 0,5 non riesce efficace che nei casi leggieri, mentre è necessario ricorrere a dosi più forti cioè gr. 1 - 1,5.

Il neurale si dimostrò anche un utile sedativo contro i disordini vaso-

motori delle diverse nevrosi, come anche contro i disordini nervosi del climaterio e contro quelli che si osservano spesso nei disturbi mestruali.

Associando il neuronale con l'idrato di amilene si trovò utilissimo nello stato epilettico e nei gravi stati crepuscolari epilettici, non così il solo neuronale in surrogazione dei bromuri nell'epilessia.

Spesso si potè ottenere con 2 grammi di neuronale unito a 6 grammi di idrato di amilene, un sonno prolungato seguito da un risveglio utile nei casi nei quali era stata negativa la somministrazione di forti dose di scapolamina. L'associazione di questi due rimedi sembra esplicare un'azione specifica delle gravi condizioni epilettiche, come unito all'antifebbrina il neuronale si dimostra spesso un'ottimo analgesico- Negli alienati cronicamente eccitati il mensionato rimedio solo, a dosi refratte, esercita un'azione sedativa.

VOLPINN-BORDANI ALPAGO-NOVELLO. — Ricerche sulla pellagra. *Regia Accademia di Medicina in Torino. Seduta del 7 Giugno 1912.*

Gli autori hanno studiato la natura dell'ipersensibilità del pellegroso per gli estratti di mais guasto. Essi usavano estratti allestiti in due diversi modi.

1° Estratti acquosi, filtrati e sterilizzati alla candelá di Chamberland;

2° precipitando con l'alcool l'estratto ottenendo una poltiglia bianchiccia che veniva disseccata in polvere e poi ridisciolta in liquido fisiologico.

A scopo di controllo poi fecero iniezioni nei pellegrosi anche con estratto allestito nello stesso modo con mais sano.

I risultati furono eguali tanto con l'estratto acquoso quanto con quello precipitato.

Con estratto di mais sano i pellagrosi reagiscono al pari dei sani nulla o quasi nulla, nell'estratto di mais guasto invece i pellagrosi hanno una reazione più o meno violenta che si manifesta con febbre, diarrea, disturbi psichici ecc., in un caso si ebbe febbre fino a 40, stato semicomatoso, diarrea, delirio ecc., fenomeni che si dileguarono dopo due giorni.

Gli A. A. concludono che nel mais guasto esistono delle sostanze solubili in acqua, che resistono a 115° per 10 minuti, quali per ora non si possono separare, che sono poco tossiche per gli animali e per gli uomini non pellagrosi, che provocano invece una reazione ben netta, ora più, ora meno intensa, negli individui affetti da pellagra.

ALZONA P. — Il midollo spinale in due casi di morbo di Friedreich.

1. Colpiti i cordoni posteriori, specialmente il fascio di *Goll.* il fascio piramidale incrociato, il fascio cerebellare diretto. Zona di *Lissauer* lesa alla regione lombare e dorsale. Corna posteriori, loro fibre a mielina, colonna di *Clark* e atrofiche alla regione dorsale. Vasi a parete ispessita. Nevralgia iperplastica, a vortici (tourbillons).

2. Lesione dei cordoni posteriori, specialmente del fascio di *Goll*: Radici posteriori colpite alle regioni lombare e dorsale. Diminuzioni delle fibre a mielina del corno posteriore. Colonna di Clarke piccola. Vasi a pareti ispessite. Nevroglia iperplastica a tourbillons.

(Dalla R. A. Med. 21 Sett. 1912)

JEAN NICOLAIDI. — Azione del siero organo-polimineralizzato radioattivato sulle manifestazioni cutanee della pellagra. — *(Comunicazione fatta al VII congresso internazionale di dermatologia sifilografia a Roma 1912.*

Esperienze di laboratorio, largamente istituite, sulla nutrizione intima dei pellagrosi hanno condotto l'A. alla scoperta ed alla applicazione del siero, organo polimineralizzato radioattivo, nelle forme di pellagra con manifesti fenomeni cutanei.

Dalle sue numerose osservazioni fatte nei paesi colpiti dalla pellagra, Rumania, Italia, Andria e Stati Uniti, risulta che l'azione del siero sulla evoluzione delle manifestazioni cutanee della pellagra è delle più spiccate. Infatti degli eritemi di vecchia data, e che avevano resistito ai diversi trattamenti, sono scomparsi sotto l'influenza di questo trattamento.

Si è assistito in alcuni casi ad un vero ripulirsi della pelle: dei lembi interni si sono distaccati dopo qualche iniezione ed hanno lasciato apparire una pelle assolutamente sana.

D'altra parte sotto l'influenza del siero si manifesta un'azione parallela sulle altre manifestazioni della pellagra: infatti delle diarree ribelli a tutti i trattamenti e divenute ormai croniche, con 20-30 scariche quotidiane, profuse e fetide, hanno ceduto dopo 5-6 iniezioni.

Lo stato della nutrizione è notevolmente influenzato: l'appetito aumenta costantemente, il peso dei corpo si accresce, le forze ritornano al punto che gli ammalati possano riprendere le loro occupazioni abbandonate da molto tempo. I fenomeni nervosi scompaiono: l'agitazione, gl'incubi, le vertigini si calmano progressivamente e finiscono con lo scomparire.

I malati ridivengono coscienti, sono più vivaci e più gai. Si constatò una rigenerazione nell'organismo ed uno sviluppo delle facoltà psichiche.

Da ultimo per quanto riguarda l'efficacia a distanza del trattamento, è utile segnalare il fatto che una sola delle ammalate curate l'anno scorso in Italia, ebbe una ricad ıta. Sottoposta nuovamente al trattamento, il suo stato andò progressivamente migliorando, tutti gli altri ammalati continuano finora in un perfetto stato di salute.

Il fatto è tanto più interessante inquantochè tutti i malati erano colpiti già da molto tempo da fenomeni pellagrosi estremamente gravi e per di più essi non hanno mai abbandonato il loro genere di vita e le loro deplorevoli abitudini dietetiche, nè durante il trattamento, nè dopo.

Parimenti in Rumania, su più di 48 ammalati sottoposti al trattamento con tale siero sono state segnalate due sole ricadute; una tra le pazienti colpite da psicosi pellagrosa e curata al Manicomio l'altra all'Ospedale. Queste recidive cedono però rapidamente sotto l'influenza della siero-terapia.

(G Feldmann).

Prof. GOSIO. — Riflessioni etiologiche sulla Pellagra. – *Riv. Pell. It. Settembre 1912.*

Dall'importante articolo del chiaro professore, che giustamente mette in evidenza il fatto che le discrepanze scientifiche valgono solo ad incoraggiare gli speculatori, che vorrebbero già abolita la legge, togliamo le seguenti conclusioni:

Visto dunque l'umore dell'ambiente, non basta che un corpotecnico, per autorevole che sia, esprima il suo voto di favore e di fiducia nella legge e l'inesistenza di estremi che valgano a mutare l'indirizzo; ma è necessario che tut.i i pubblici poteri, nel fatto, si mantengano tenacemente conservatori, non si lascino trascinare dal dubbio, e tengasi fermo. che la legge attuale per combattere le cause della pellagra, oltre al suo valore specifico oggi combattuto ma non confutato, ne ha uno d'indole generica importantissimo, quello cioè dell'igiene e della salubrità degli alimenti.

La scienza in campo più alto e sereno, allargherà ed approfondirà le sue inchieste ed i suoi studi sul problema etiologico, e speriamo in un risultato soddisfacente e sollecito, che tolga un' aspettativa dannosa e provocatrice di disordini. Ma frattanto, *vigiliamo affinchè non demolisca prima di conoscere, che altro di buono si potrà costruire.*

MANISS E GATÈ. — Disturbi psichici, istero epilettici in un cardiaco. — *Revue de Medicine N. 6 1912.*

Riportiamo per esteso la storia clinica di un cardiaco con doppia lesione della mitrale e della tricuspide ma con prevalenza di stenosi mitralica. In questo cardiaco si ebbe un lungo periodo di asistolia progressiva, irriducibile con complicazioni infiammatorie delle sierose pericardite, pleurite mediastinica. Nel corso dell'asistolia si ebbe l'apparizione di disturbi psichici accompagnati da loquacità, con parole incoerenti, e qualche volta da movimenti involontari, ritmici, atassici. L'autopsia non ha rilevato nessuna lesione nè del cervello nè delle meningi. Sull'interpetrazione di disturbi di questo genere, psichici e istero-epilettici si sono fatti diversi studii da più tempo e le opinioni di diversi autori non sono state sempre concordi. In ogni modo bisogna ritenere che nel corso di una asistolia prolungata e invincibile le modificazioni della circolazione dell'encefalo, l'azione sulla sostanza cerebrale dei prodotti tossici provenienti dall'alterazione del sangue, le lesioni istologiche vascolari o infiammatorie che si producono qualche volta nel cervello possano trovarsi riunite.

Queste cause multiple di fisiologia e di anatomia patologica, si associano per rivelare una ipereeccitabilità cerebrale che dipende dalla predisposizione del soggetto, e si manifesta sia con delle crisi di vera epilessia sia con dei disturbi psichici con fenomeni motori meno caratteristici che hanno non di meno la stessa patogenesi e la stessa significazione.

MORSELLI ENRICO. — Le nevrosi traumatiche con particolare riguardo alle forme indennizzabili.

Nel recente congresso di Torino l'illustre Psichiatra dell'Università di Genova in una dottissima relazione formolò delle conclusioni generali sulle nervosi traumatiche con particolare riguardo alle forme indennizzabili, che atteso l'importanza dell'argomento riportiamo per intero potendo esse servire di utili norme per il medico infortunista nello studio dell'infortunato affetto da nevrosi traumatica, nel criterio terapeutico, e nella determinazione del grado d'invalidità permanente:

1. — Sotto la designazione di nevrosi traumatiche si debbono intendere delle malattie di così detta indole funzionale;

2. — Vanno escluse perciò dal quadro delle dette nevrosi tutte le malattie nervose a base anatomica piu o meno accertabile e definibile in conformità dei sindomi rilevati dopo il traumatismo;

3. — Le nevrosi traumatiche così intese sono d'indole psicogena, e presentano perciò la massimá anologia ed affinità colla nevrosi isterica comune;

4. — Bisogna però tenere separate le nevrosi traumatiche in genere da quelle che si svolgono nelle persone indennizzabili e particolarmente nelle classi lavoratrici per le quali è stata promulgata la legislazione sociale sugli infortuni;

5. — Nei sinistrati che presentano il quadro della nevropsicosi esiste per lo più una predisposizione di ordine psicologico, cioè una speciale costituzione psichica, abbastanza spesso di carattere generativo.

6. — Per la diagnosi di nevrosi traumatiche è necessario fondarsi specialmente su segni obiettivi, pur ammettendo che questi, al pari degli isterici, sono ordinariamente psicogeni;

7. — Due elementi psichici dominano lo sviluppo la sintomatologia ed il decorso della nevrosi traumatiche e sono: la suggestione e la simulazione, la prima divisibile in auto ed etero suggestione; la seconda in simulazione cosciente ed incosciente, volontaria, automatica ed involontaria;

8. — La nevrosi traumatica assume almeno cinque forme o varietà principali che possano essere nosograficamente e clinicamente individualizzate, ma che passano l'una coll'altro, o si combinano variamente fra loro e sono: la nevrosi traumatica del tipo oppenheim, che però dovrebbe essere considerata a parte; la varietà nevrastenica; la varietà isterica ed isteriforme; la varietà ipocondriaca, e infine la varietà paranoide o querulante;

9. — La simulazione dei neuro-traumatizzati va dalla semplice ostentazione dei disturbi somatici e psichici. e dalla loro esagerazione fino alla loro finzione piena e completa; e quando non è dovuta a preesistenti disonestà ed accidia dei neuro-traumatizzati, è la conseguenza logica e naturale della idea di indennizzi propagata fra le classi lavoratrici, e fra tutte le persone colpite da danni indennizzabili, sotto la influenza delle nozioni circa le Leggi dalla assicurazione obbligatoria e dalla responsabilità civile;

10. — La nevrosi traumatica, ciò nonostante è piuttosto rara anche fra le professioni esposte ad infortuni sul lavoro con danni risarcibili; perciò essa ha realmente nel novero delle malattie professionali una importanza pratica molto meno grande di quanto comunemente si crede;

11. — La prognosi delle neurosi traumatiche pure esente cioè da ogni complicazione Chirurgica o Medica di altro genere, è favorevole nella immensa maggioranza dei casi, raggiungendo la proporzione di circa 90-95 per cento;

12. — Nei casi di nevrosi traumatiche che non guariscono si deve supporre la esistenza di lesioni sopratutto dei centri, con particolare localizzazione nelle reti vascolari (arterio-sclerosi e alterazioni consecutive); questa

è verosimilmente la causa intrinseca di quelle rarissime eccezionali neurosi traumatiche, che presentano un decorso cronico e progressivo, e che furono accusate di condurre al marasma fisico ed alla demenza;

13. — La nevrosi traumatica pura e semplice è da definirsi un prodotto della doppia osservazione, di quella del danno arrecato dal trauma, e di quella dell' indennizzo promesso ed aspettato dalle Assicurazioni o dalla responsabilità dei terzi;

14. — Nei casi in cui si sollevano contestazioni sull' entità delle conseguenze potalogiche del trauma e in cui la vertenza giudiziaria si trascina in lungo per mesi ed anni, il quadro clinico della neurosi traumatica si trova inquinato e deformato dai bisogni difensivi (in senso giuridico) dei sinistrati; ed allora si può parlare di una vera e propria neurosi procedurale di natura psicopatologica, affine cioè alla processomania o querulantomia;

15. — La cura della nevrosi traumatica deve essere perciò essenzialmente morale, ossia ridursi in una sagace, rapida ed efficace psicoterapia;

16. — Finalmente da tutte queste premesse di ordine scientifico si rileva la necessità di emendare e perfezionare le Leggi sociali sul lavoro, sopratutto col andare più agevole e spedita la procedura per l' accertamento dal danno e per la liquidazione delle indennità, moltiplicando più che sia possibile i concordati in via amichevole, e favorendo in tal modo la conciliazione fra le due grandi forze della società moderna, fra i due massimi fattori del benessere sociale, cioè fra il capitale ed il lavoro.

MAURICR DE FLENY — Sull' epilessia dell' Uomo e negli animali — *Patologica* 15 Novembre 1912.

Attualmente l' interpetrazione più razionale del meccanismo della crisi di epilessia pare il seguente. Un attacco di meningo encefalite sopravvenuto sia nei primi mesi di vita, sia nel corso della gestazione costituisce la predisposizione indispensabile, l' ipereccitabilità corticale, la pasmofilia. La causa determinante degli accessi convulsivi è un' intossicazione cerebrale che l' A. crede di origine intestinale. Il regime latteo, il regime vegetale, di solito rendono meno frequenti le crisi. Se al regime vegetale si aggiunge la cura intestinale per mezzo di fermenti lattici si ottengono risultati migliori e più concludenti. Nella grande maggioranza dei casi si osserva che le crisi cessano quando la cura è eseguita, per riprendere tosto che la cura viene abbandonata. È probabile che le condizioni che producono l' epilessia siano le stesse nell' uomo e negli animali.

Condizioni essenziali della cura sono le seguenti:

1° Soppressione di tutti gli alimenti di origine animale;

2° bevande diuretiche;

3° fermenti lattici;

4° riposo.

LUCANGELI G. L. Contributo Clinico ed Istopatologico allo studio dei disturbi nervosi e mentali in uremici. *Nota preventiva (Rassegna di Studi psichiatrici Fasc. V. Vol. II 1912.*

In questa nota preventiva sono esposti i risultati dell' esame clinico e anatomopatologico di tre casi d' uremia con disturbi nervosi e mentali:

1° Individuo colpito da ictus apoplettiforme con sintomi simulanti una emorrogia capsulare seguiti da un miglioramento transitorio. All' esame delle orine diagnosi clinica e nefrite purulenta. Successivamente coma e morte. All' autopsia, cistite purulenta cancrenosa e pielite cancrenosa bilaterale. Istologicamente, nella carteccia cerebrale, tigrolisi e vacuolizzazione delle cellule nervose con presenza di numerosi granuli di pigmento, accumoli abbondanti di sostanze di decomposizione nei vasi sanguini nelle guaine linfatiche perivascolari e nella pia madre.

2° Bevitore, già affetto da malaria; soffre da più di 3 anni di nefrite cronica; psichicamente presenta dei periodi di eccitamento con agitazione ed insonnia, sintomi di demenza con disturbi percettivi ed idee deliranti strane di persecuzione e di gelosia. All' autopsia, nefrite cronica con degenerazione cistica parziale Istologicamente, nella corteccia cerebrale, fenomeni di picnosi e di tigrolisi delle cellule nervose con abbondanti depositi di pigmento e lesioni non gravi del reticolo fibrillare, proliferazione delle cellule di nevroglia, vasi sanguigni, tortuosi ed ispessiti; accumolo di sostanze di disintegrazione ed anche di elementi linfocitari nelle cellule nervose, nell' interno dei vasi e delle guaine linfatiche perivascolari e nella pia madre.

3° Individuo già affetto di sintomi gastrici simulanti una ipercloridria che presenta al principio dei vomiti con ipercloridria, uno stato soporoso e dal lato nevrologico dei fenomeni che fanno sospettare una nevrosi isteroide; esame delle orine negativo. Successivamente orine rare di alto peso specifico albuminuriche; diagnosi di nefrite cronica, trattamento appropriato miglioramento e uscita spontanea dell' Ospedale.

Nuova ammissione con l' aggravamento progressivo dei sintomi, coma e morte. All' autopsia, nefrite cronica parenchimatosa, ed enterocolite acuta uremica.

All' esame istologico del sistema nervoso si osserva un rigonfiamento omogeneo o torbido delle cellule gonglionari, alcune volte anche la loro liquefazione, con notevoli alterazioni del reticolo neurofibrillare, presenza di pigmento e di prodotti di disentegrazione; in' altre una infiltrazione linfocitaria sopratutto nell' interno dei vasi.

DOTT. R. ROME – Esiste un'epilessia jacksoniana essenziale?

Se si esaminano, dice l' autore, con molta cura le osservazioni citate come esempi di emiepilessia essenziale, si constata quasi in tutti i casi l'esistenza di una lesione che risiede, o sul cervello e i suoi rivestimenti, o sui diversi visceri, o sugli organi del senso. Quando questa lesione non è indicata, l' osservazione è incompleta, e l' assenza di lesioni non può mai essere affermata con certezza. In queste condizioni si può parlare di epilessia essenziale? Se si vuol lasciare alle parole il suo significato reale, non si deve ritenere come essenziale che l' epilessia nevrosica, di origine misteriosa, senza cause e senza lesioni apparenti. Nel leggere le riflessioni con cui gli autori tedeschi accompagnano le loro osservazioni, sembra che il loro principale scopo sia stato sovratutto di insistere sugli errori di diagnosi ai quali può dar luogo la sindrome Jacksoniana, e sulle anomalie numerose che esistono fra le due grandi forme comiziali. Queste analogie sono oggidì ammesse da tutti. Ma per scorgere in esse come fa Müller, un argomento in favore dell' epilessia idiopatica, bisognerebbe dapprima dimostrare che l' epilessia detta essenziale ha una reale esistenza. Sempre più, invece, l' esame profondo delle osservazioni, il progresso dell' anatomia e dell' istologia patologica, fanno rigettare le idee ammesse lungamente sulla patogenesi della nevrosi comiziale, e nel loro rapporto al Congresso di medicina del 1910 i Dottori Souques e Viris non esitano a far rientrare l' epilessia detta essenziale, nel quadro delle epilessie sintomatiche. È a credersi che l' avvenire ratificherà questa opinione. In ogni caso, sembra sufficiente provato che non esiste attualmente alcuna osservazione di epilessia Jacksoniana detta essenziale, che sia al coperto di ogni critica.

(Rev. de med., Giubileo del Prof. Lépine, ottobre 1911, pag. 741)
L' Etoile Médicale – 19° Anno n. 10 (30 ottobre 1912).

DOTT. BENEDETTO PATTANINI. — Contributo allo studio dei sintomi oculari nella paralisi generale progressiva degli alienati.

L' A. dopo aver premesso che se i segni oculari concorrono alla diagnosi della paralisi progressiva, sono però insufficienti a poterle stabilire

da soli. Passa ad enumerare i diversi segni seguiti dai diversi autori: così alcuni tennero alle alterazioni della pupilla, altri allo stato del fondo dell' occhio e presenta una statistica dl 42 osservazioni, nelle quali ha ricercato negli ammalati di paralisi progressiva tutte le manifestazioni oculari.

Dai risultati ottenuti l' A. viene alla conclusione, che le ricerche da Lui fatte confermano non solo l' importanza che dal punto di vista diagnostico hanno specialmente le alterazioni dei riflessi pupillari, ma fanno anche rilevare come merita di essere tenuto in considerazione l' aspetto delle papille dei nervi ottici, sebbene non si siano notate delle immagini speciali e caratteristiche della sola paralisi progressiva.

LENEDDE - Nella Mnenchener medizinisch Wochenschrift del 17 e 24 Settembre 1912 pubblica un lavoro sulla cura della tabe dorsale col salvarsan, e viene alla conclusione che la tabe è una malattia sifilitica (non già parasifilitica) perfettamente suscettibile di guarigione, purchè si usino i rimedi specifici più energici, massime il Salvarsan o il neosolvarsan, a dosi non inferiori alle normali (0,01 pro chilo, per il primo; 0,015 per il secondo) e purchè la cura venga continuata sino alla scomparsa di ogni sintomo (sieroreazione) accennante ad una condizione attiva della sifilide.

LAWENHAUPT nella *Deutusche medisinische Wochenschoft* del 5 settembre: riferirce due casi di demenza paralitica in donne gravide, le quali al termine normale della gravidanza, partorirono l' una e l' altra, un bambino vivo e vitale perfettamente sviluppato. Il parto si effettuò normalmente. Da tali casi, benchè piuttosto rari (giacchè nelle donne paralitiche si verifica per lo più l' aborto o la nascita di feti morti) si può dedurre che la paralisi progressiva, per se stessa, non da punto l' indicazione d' interrompere la gravidanza, e di qualunque altro intervento ostetrico. L' essenziale è che le inferme siano accuratamente sorvegliate.

PELLACANI GIUSEPPE. - In tema di sifilide cerebrale precoce. - *Rivista di pat nerv. e ment. — Vol. XVII — Fasc. 9 — Anno 1912.*

Coll' ausilio di una copiosa bibliografia l' A. dimostra che « il qualificativo *precoce*, che è ancora dell' uso comune per designare i fenomeni cerebrali di sifilide non appartenenti al periodo terziario della malattia »

non ha più ragione di esistere e deve scomparire quale attributo delle lesioni specifiche a carico del sistema nervoso nei primi tempi della infezione.

Le alterazioni intracraniche specifiche del periodo secondario non hanno il carattere precipuo della *malign tà* (eccetto per le forme vasali e le gomme nel minor numero dei casi ed esse sono dovute ad affezioni a carattere principalmente flogistico con sintomi precipui di irritazione e spesso transitorii.

Premesse queste considerazioni sulla sifilide cerebrale del periodo secondario e delle meningi in ispecie, l' *A.* porta come contributo, allo studio di tali forme l' esame di tre malati con sintomi principali di paralisi di nervi cranici.

In due di essi la sintomatologia a carico del sistema nervoso sopravvenne rispettivamente a 8 e 9 mesi dalla prima manifestazione sifilitica; nel terzo di tale fenomeno; ma mi limiterò a notare che per quasi tutte le sostanze, che hanno un' azione anestetizzante, moderatrice o paralizzante, si può constatare in un primo periodo e per dosi insufficienti un' azione eccitatrice o aumentatrice, che in genere è di breve durata ed è susseguita da depressione profonda.

2) L' anidride carbonica, unita con ossigeno, somministrata per inalazione al cane, il cui centro respiratorio si trovi sotto l' azione del calcio, rialza la intensità della funzione di questo centro. In tal riguardo vi è antagonismo tra calcio e anidride carbonica e può darsi che si tratti di un antagonismo chimico, nel senso che l' anidride carbonica abbassi la concentrazione dei Ca-ioni nel centro respiratorio.

Non si può però escludere una indipendenza tra i due fenomeni e cioè che l' anidride carbonica, che è lo stimolo adeguato e normale del centro respiratorio, agisca su questo centro, di cui l' eccitabilità è stata abbassata dal calcio, allo stesso modo come agisce sul centro, che si trova in condizioni normali.

3) Il carbonato sodico agisce come l' anidride carbonica, rialzando la funzionalità del centro respiratorio abbassata dal calcio.

4) La soda caustica ha pure un' azione aumentatrice sul centro respiratorio, la cui eccitabilità sia stata abbassata per opera del calcio. Ciò è in contrasto con quanto avviene nel centro respiratorio normale su cui l' aumento della concentrazione degli idrossilioni ha influenza moderatrice.

5) L' acido cloridico agisce sul centro respiratorio, la cui eccitabilità

sia abbassata per opera del calcio come sul centro normale, aumentando cioè la eccitabilità del centro medesimo.

6) Le inalazioni di ossigeno dopo la iniezione intracarotidea di Ca Cl_2 abbassano ancora la funzione respiratoria. In queste condizioni l'ossigeno agisce come sul centro normale.

7) I sali che immobilizzano i Ca-ioni (*Sabbatani*) e cioè i fosfati, il solfato, l'ossalato e il citrato di sodio, iniettati a piccole dosi per la via intracarotidea, próducono in molti casi un affrettamento del ritmo e un aumento della profondità del respiro. Questa azione è transitoria e più tardi appare spesso una diminuzione di ritmo e di profondità.

8) Questi esperimenti si accordano con la teoria del *Sabbatani*, che cioè la eccitabilità dei centri nervosi si abbassi per aumento della concentrazione dei Ca-ioni e si rialzi per la diminuzione di questa concentrazione.

R.

VITO MARIA BUSCAINO. - Influenza del calcio sui centri respiratori. - - *Rivista di Pat. nerv. e ment. Vol. XVII, fasc. 9, anno 1912.*

L'A. ha studiato l'azione del Ca Cl_2 e di altri sali iniettandoli per via intracarotidea, Dai suoi esperimenti ha tratto le conclusioni seguenti:

1. Le iniezioni intracarotidee di Ca C a_2 esercitano una influenza moderatrice sul centro respiratorio, in modo che si rallenta il ritmo e le escursioni respiratorie divengono meno profonde.

2 È tuttavia da notarsi il fatto che, se si incomincia a dare ossigeno all'animale, in modo da abbassare profondamente la funzione respiratoria, e poi si fa la iniezione endocarotidea di Ca Cl_2, si ha talvolta un aumento del ritmo e della profondità del respiro, senza che però si ritorni in generale ai valori iniziali.

3. Anche altre volte, senza inalazioni di ossigeno, durante questi esperimenti, ho osservato che le iniezioni, specialmente di piccole quantità di Ca Cl_2, possono esercitare un' azione eccitante, transitoria sulla funzione del respiro.

4. Questa passeggera eccitazione era stata notata anche dalla *Gardella*, la quale considerò tale fenomeno come dipendente da una diminuzione di Ca x x per formazione di sali di Ca meno solubili (fosfati).

Io non tenterò di dare una spiegazione fisico-chimica dopo solo un mese dalla comparsa del sifiloma iniziale.

Il sintomo clinico più saliente del processo morboso fu la comparsa di paralisi periferica unilaterale di alcuni nervi cranici: quella del facciale in tutti e tre i soggetti, complicata dalla paralisi e dalla paresi dell'ipoglosso e da quella dell'acustico in due di essi.

Tutti i tre casi ebbero esito favorevole: abbastanza rapido miglioramento di tutti i sintomi a carico dei nervi cranici e di quelli subbiettivi e psichici dovuti alla sifilide cerebrale.

La cura consistette nel primo nella iniezione di 45 centigrammi di « *Salvarsan* », di tre iniezioni di 5 centigrammi di olio grigio e di cinque iniezioni di 1-3 cmc. di « *Enesol* »; nel secondo e terzo caso nella iniezione di 60 centigrammi di « *Salvarsan* », seguita nel terzo caso da sette iniezioni di 2 cmc. di « *Enesol* ». *R.*

Il Prof. D. BARDUZZI della R. Università di Siena con la sua relazione « *sulle nuove forme della terapia razionale della sifilide* », letta nella riunione delia Società Italiana di dermatologia e sifilografia, così concludeva:

1. — Le cura della sifilide deve essere fatta energicamento fin da principio con i mercuriali e proseguia ad intervalli razionalmente per i primi quattro anni almeno dall'infezione secondo le norme oggi note.

2. — La cura iodica non può usarsi che quale completamente nella terapia della sifilide, non avendo contro di questa alcuna azione speciale.

3. — La cura col salvarsan non può sostituire per ora quella mercuriale che rimane ancora da quattro secoli la cura realmente specifica, purchè usata con sagace energia. Il *606* può solo in casi eccezionali essere sostituito al mercurio temporaneamente.

4. — La cura mista col salvarsan e col mercurio si potrà preferire soltanto allorquando si sarà dimostrato che con l'uso successivo del 606 e del mercurio in condizioni e dosi determinate, si riesca meglio e più rapidamente mediante la prova anche della reazione del Wasserman, a debellare o sradicare l'infezione sifilitica Soltanto allora si potrà accogliere la nuova cura mista.

5. La scomparsa della reazione del Wassermann, e la sua mancanza anche dopo due mesi dalla cura antisifilitica mercuriale ed arsenicale, se è un indizio prezioso della guarigione dell'infezione, non è però criterio assoluto, e perciò non ancora sufficiente, specie nei primi anni dell'infezione, per decidersi ad abbandonare ogni cura, come taluno tenderebbe a sostenere e divulgare. A.

V. Congresso Pellagrologico Italiano

tenuto in Bergamo nei giorni 9-10-11 Settembre 1912

Oggi che la scomparsa di Cesare Lombroso ha riacuito, in modo non sempre spassionato, il dissidio sulla patogenesi della pellagra, rendendo inusitato ardore a sistematici oppositori, che nella infeconda negazione sostenuta dalla fiducia dell'impunità, si sbizzarriscono nell'onanistico gaudio del demolire per demolire, io sento grande conforto nel riportare li resoconto del Congresso Pellagrologico di Bergamo, e sopratutto le conclusioni principali per le quali si conferma il chiaro rapporto tra alimentazione maidica e diffusione della pellagra e si rinnova la ferma fiducia nell'emanate disposizioni legislative.

E posso di ciò essere particolarmente lieto, avendo sempre sostenuto tale rapporto e non perchè giurassi in *verba magistri*, avendo fino dal 1893, nello studio sul chimismo gastrico dei pellagrosi, affermato che gli agenti pellagrogeni, per svolgere la loro azione dovevano trovare un terreno adatto nelle condizioni abnormi del tubo digerente e che quindi ai fenomeni dell'etero intossicazione si aggiungevano quelli d'una auto-intossicazione gastro intestinale, e che da me per primo con dati di chimica biologica dimostrati; al favorire e all'estendersi dell'endemia maidica, dovevano concorrere le pessime condizioni igieniche ed economiche del contadino.

Quindi sin d'allora, io metteva in dubbio che il solo mais bastasse a sviluppare la pellagra, e ritenevo necessario un concorso di più coefficenti per determinare questa che è così polimorfa sindrome morbosa, dove la patogenesi rimane senza dubbio tutt'ora oscura, come discutibili e varianti, secondo gli osservatori, sono purtroppo le caratteristiche patognomoniche.

Ne conforta però il pensiero che se la scuola Lombrosiana non ha saputo ancora additare in modo indubbio il *quid* specifico della malattia, ha vigorosamente promosso da oltre un trentennio tale un risveglio ed un risanamento nelle condizioni igieniche ed economiche degli agricoltori, che la pellagra, specie nelle sue forme più gravi, é andata realmente e progressivamente

scomparendo. Se alle sole ricerche di laboratorio si fosse limitato il compito di Cesare Lombroso e dei suoi allievi, i qualioltre che medici furono propagandisti instancabili e apostoli di miglioramento sociale tra le classi più diseredate, la pellagra, per l'ignoranza del vero agente patogeno, avrebbe con latitudine ed intensità incalcolabile continuato a rovinare il benessere fisico ed economico dei coltivatori dei campi. C. AGOSTINI

(Dallo « Studium » N. 9 - 20 Settebre 1912).

Criteri da seguire nella scelta delle varietà di mais per la lotta contro la pellagra. (Prof. S. Frosini, *relatore*).

L' O. si pone due questioni: ammesso che il maiz avariato sia la causa dell' intossicazione pellagrosa e che per ciò nell' uso di questo cereale si possa trovare l' origine della grave malattia, ne consegue che la profilassi di questa potrà trovare una base sicura:

I. o nell' abolire la coltivazione del mais

II. o nel coltivare varietà di granturco che, pur rispondendo alle esigenze dell' economia agricola e del commercio, presentino una precocità di sviluppo che ne assicuri la loro completa e facile maturazione ed essicazione, o che per lo meno posseggano una notevole resistenza specifica a subire avarie.

Per ragioni d' indole agraria e commerciale esclude la prima base.

Esamina dettagliatamente e con grande lucidità le varie qualità di mais che si usano coltivare specialmente nella Provincia di Bergamo e ne indica i vari criteri per assurgere a stabilire l' avaria del maiz; propone quindi un ordine del giorno, che, dopo osservazioni de' proff. e dott. Alpe, Devoto, Secchieri, Marzocchi, Ceresoli ed altri, viene approvato ad unanimità.

« Il V Congresso Pellagrologico italiano, considerato come convenga coltivare le varietà di mais che presentino le maggiori garanzie di completa maturazione ed essiccazione e maggiori difficoltà a contrarre avarie, fa voti che nella scelta delle varietà di granturco da coltivarsi non si debba solo tener conto del criterio dell' alta produttività, ma anche dei criteri che riguardano la precocità di maturazione, la attitudine igroscopica e la resistenza all' ammuffimento, e che con opportune e graduali selezioni, incroci e miglioramenti colturali, si miri ad ottenere le varietà che presentino, assieme ad un maggior valore nutritivo, la necessaria armonia tra questi diversi criteri ed attitudini ».

Contributo dell' insegnamento dell' educazione domestica alla lotta contro la pellagra. (Dott.Prof. S. Balp, Dott. T. Perico: *relatori).*

Riferisce il dott. BALP, che comincia con l'affermare che bisogna creare nelle classi popolari, e nel caso nostro specialmente delle campagne, una conoscenza igienica, sana, soda, fattrice di risultati sicuri e permanenti. Occorre l'azione diretta nell'ambiente della famiglia, un' azione che abbia per specifico obietto quello che è dell'ambiente domestico il primo ed essenziale fattore: l'*educazione casalinga della donna.*

Raccomanda poi vivamente i *corsi ambulanti* che si fanno nel seguente modo: Una maestra, con la scorta dell' apposita batteria da cucina, va peregrinando apostolicamente i villaggi: vi si ferma dalle sei alle otto settimane secondo la popolazione e la estensione del territorio: casa per casa, famiglia per famiglia, le visita tutte. Ed insegna alle massaie, alle ragazze, la preparazione delle migliori minestre, dal punto di vista nutritivo, igienico ed economico, la maggiore e la migliore utilizzazione del latte. delle uova, delle erbe, delle frutta, del bestiame da cortile.

Insegna nel tempo stesso, praticamente, vivendo qualche giorno tra le famiglie, a pulire la casa, a riordinarla, a disinfettare una stanza, a curare e disinfettare la lingeria e quanto altro occorre in caso di malattie infettive.

Con questo presidio, il più sicuramente efficace, le condizioni dell'endemia pellagrosa sono in questi ultimi anni talmente migliorate nella provincia di Bergamo, che si può ritenere che la questione curativa possa passare ormai in secondo ordine.

Coerentemente a questo ordine di idee e fatti, invoca dal Congresso il seguente voto:

« 1. Che tutte le Commissioni Pellagrologiche si facciano, nelle rispettive provincie, iniziatrici e sostenitrici delle scuole di educazione domestica diffondendole nei comuni (siano o meno dichiarati infetti da pellagra) e nei cascinali mediante Corsi ambulanti tenuti da maestre abilitate, munite delle « batterie da cucina ».

« 2. Che tale insegnamento venga reso obbligatorio dalla legge sul lavoro delle donne, sì che, prima di ottenere il libretto di ammissione all'opificio, ogni operaia abbia frequentato un corso d'igiene e di educazione domestica ».

Questo voto, meglio queste conclusioni, dopo assennate considerazioni svolte dall' on. Samoggia, vengono approvate all' unanimità con la seguente aggiunta del Samoggia stesso, firmata pure dal Gibelli, dall'on. Valvassori-Peroni e dal dott. Perico:

« Il Congresso fa voti che il Ministero di A. I. e C. si ricordi della propria circolare di 2 anni fa e, coerentemente a quell'appoggio allora

dato all' istituzione delle scuole di economia domestica, contribuisca ora con congrui sussidi ».

La propaganda pellagrologica nelle scuole. (Dott. C. Ceresoli, *relatore*.

L' O. raccomanda una propaganda estesa, costante, portata direttamente in porto con la parola de' maestri. È necessario che si illumini la intelligenza del fanciullo eliminando dalla sua mente l' idea del fatalismo, fissandovi invece il principio che la pellagra è malattia occasionale e che questo male si può combattere e vincere facilmente da fanciullo. Alle giovanette che saranno presto o tardi spose e madri di famiglie conviene insegnare che, spendendo quanto oggi costa la povera alimentazione famigliare, è possibile nutrirsi meglio, rendendo per di più lieta la mensa del lavoratore che bene spesso è triste più che per miseria per apatia e per ignoranza. Non solo conviene, ma s' impone di fissare nella mente le principali norme d' igiene anche per un misero tugurio.

Termina inneggiando alla coscienza igienica delle giovani masse de' futuri lavoratori de' campi e propone il seguente ordine del giorno, che viene approvato ad unanimità:

« Il V Congresso Pellagrologico italiano:

« Considerando che nella lotta contro la pellagra, provvedimento profilattico sovrano è costituito dalla propaganda;

« Ritenendo che una delle modalità più pratiche ed efficace di tale provvedimendo ne sia la attuazione nelle scuole elementari:

« Riafferma la necessità che dalle Commissioni Provinciali venga caldeggiata, promossa, favorita e sostenuta una pratica, adatta e razionale istruzione pellagrologica nelle scuole rurali, sia con propri mezzi per la prevenzione, sia richiamando per ciò il contributo di Legge dalle Provincie e dai Comuni;

« Insta presso il Ministero per l' Agricoltura onde a questa opera benefica non manchi l' appoggio morale ed il contributo materiale degli stanziamenti di bilancio destinati alla lotta preventiva;

E fa voto che, per disposizioni del Ministro della Pubblica Istruzione, nelle Scuole Normali delle provincie colpite abbia conveniente posto un insegnamento teorico-pratico di pellagrologica, e che l' istruzione profilattica contro la pellagra sia resa obbligatoria nelle scuole rurali delle provincie suddette.

Le diverse teorie etiologiche sulla pellagra. (Prof. G. Antonini, *relatore*).

Questo Congresso è il primo in cui ci troveremo di fronte a molte e disparate vedute che hanno invaso l' orizzonte scientifico, e che, mentre

minano l' antico edificio lombrosiano, non presentano elementi sicuri per costruirvi de' nuovi. Ma procediamo con ordine e riassumiamo lo stato della questione, così per contare le forze come per orientarci sulle probabilità che ha il vecchio di resistere ed il nuovo d' imporsi.

1. *Teoria lombrosiana.*

Del concetto di Lombroso resta molto di positivo nel campo epidemiologico ed in quello sperimentale: nel campo epidemiologico, perchè in ogni tempo, e fino a questi ultimi giorni, osservatori degni di fede videro sminuirsi, fino a scomparire, la pellagra con la sola modifica del termine *mais guasto*; nel campo sperimentale, perchè una grande schiera di studiosi, pur presentandosi divisa nell' interpetrazione e nella *formula dottrinale*, sempre viene a trovare energia ed appoggio nella stessa fonte di fatti e di prove, che designano i parassitismi maidici come la causale riconosciuta del morbo, causale che fino ad oggi arruolava la grande maggiorenza sotto un' unica bandiera difensiva.

Ma qui è giovevole il porre con maggior cura in risalto il substrato su cui, malgrado qualche sgretolamento circostante, sentiamo poter con fiducia mantenere l' edificio legislativo.

L' uso, anzi l' abuso, che si fa del mais nella vita rurale, è indiscutibile: in certe località; il povero lo tiene come il suo *unico pane.*

Che poi lo stesso mais vada soggetto con immensa facilità a parassitismi di muffe è pure indiscutibile; nè l' importanza pratica del fatto può distrursi o rimpicciolirsi con l' esito negativo di singole indagini: anche se queste sieno condotte sul terreno epidemiologico e magari fra le famiglie pellagrose, non riuscirebbero a togliere valore al concetto tossicozeistico, perchè il loro carattere statico le rende poco adeguate allo scopo: molto più consono è l' accertamento generico, da tutti riconosciuto, della facilità con cui il cereale ed i cibi maidici in genere sono proclivi ad alterarsi: aggiungasi a ciò il quotidiano suo impiego a scopo alimentare in copia per solito abbondantissima, e si ottiene tanto da dover ammettere col buon senso quel che all' esperienza di laboratorio può risultare soltanto in condizioni esagerate dall' artificio, cioè che, *a lungo andare, il mangiatore dl mais si trova ad aver introdotto infinite piccole dosi di elementi parassitari, che sommate rappresentano un quantitativo notevole.*

Orbene, per convincersi che la somma di tutte queste piccole prese parassitarie, conglobate col terreno del loro sviluppo, possono raggiungere un' efficacia tossica degna di nota, non mancano che due nozioni ormai luminosamente acquisite della scienza:

1. le muffe parassite del granoturco producono veleni che agiscono potentemente sul sistema nervoso;

2. la carattaristica di questi veleni è di non dar mai luogo a feno-

meni immunitari, ma bensì d' ipersensibilizzare l' organismo ai loro stimoli ripetuti.

Questa vera forma di anafilassi, oramai ammessa dai ricercatori, suscettibile delle più ampie prove di laboratorio, fu intesa come indice di specifico rapporto con le facili ricadute della pellagra, ed è anche confermata, sebbene in via indiretta, dalle stesse recenti esperienze di Volpino e suoi collaboratori.

Il pellagroso, che esce dalle locande sanitarie come guarito, è sempre il più ovvio candidato al male, in cui ricade ripetutamente con grande facilità. Una volta poi costituito l' abito, si esacerbano ogni anno i sintomi con progressivo aggravarsi del processo fino a limiti irreparabili. E come l' alcoolista acquista man mano siffatta sensibilità all' alcool da non poter evitare gli effetti disastrosi anche delle piccole dosi di vino e di liquore, così — dicevano e diciamo sino a prove contrarie — il pellagroso via via s' impersensibilizza fino a risentire i minimi tenori tossici, magari di quelli che non possono evitarsi nel commercio del cereale e che, per ripeterlo ancora, sono ampiamente assicurati e dal grande quantitativo di polenta che l' individuo mangia e dalla somma facilità con cui la farina può alterarsi. E vengono così le psicosi pellagrose, gli stati amenziali gravissimi (tifo pellagroso), la paralisi spastica: tutto ciò rappresenterebbe pel tossicozeismo quello che il *delirium tremens* per l' alcoolismo. E l'analogia va anche oltre: anche l' alcool dà segni eruttivi cutanei, ossia una *pelle agra;* ancora: se c' è una pellagra ereditaria, v' è anche una stigmatica ereditaria ne' figli di alcoolisti, con una degenerazione organica specifica; la diversità del tossico potrà farla apparire diversa ne' due casi, ma il conforto teorico dell' analogia esiste ed è significativo per le possibili deduzioni scientifiche e pratiche.

Se un processo fermentativo dello zucchero conduce a prodotti il cui abuso dà fenomeni simili alla pellagra, ciò conforta a derivar anche la pellagra da altri processi fermentativi d' idrati di carbonio, processi che noi dimostrammo generatori di tossici nelle condizioni già esposte.

Singole incertezze esistevano ed esistono; le accusammo e le accusiamo sempre noi medesimi: esse però possono dirimersi con *rilievi a l laterem* di varia natura: così, se innegabile è una pellagra senza mais, è pur vero che gl' ifomiceti invadono altri cibi di uso assai comune; se vanno liberi da pellagra moltitudini soggette ad esteso regime maidico anche guasto, è pur da ricordarsi, che non tutti gl' ifomiceti sono tossici, nè quelli tossici lo sono dunque in egual grado, potendosi avere sbalzi significatissimi anche soltanto per la varia temperatura a cui vivono: e poi v' è ancora la varia recettività individuale ai veleni ben documentabile con l' esperienza (Paladino); e v' è altresì la considerazione degli alcools specificatamente tossici

e diffusi nel commercio di taluni paesi. Ed in fine è innegabile una diversità nelle forme cliniche della pellagra: quindi, lo ripetiamo, può benissimo ammettersi, che, come fu di tanti altri mali, anche qui una stessa nomenclatura abbracci entità morbose, che dovranno più tardi ritenersi diverse in rapporto all' etiologia.

Del resto, a chi pretende esplicati e piani tutti i fatti rilevabili nel campo pratico, noi osserveremo che l' indagine scientifica non può spesso che colpire episodi salienti e resi quasi *brutali* con l' artificio del laboratorio. Il resto deve dedursi e correggersi col raziocinio; in caso contrario non v' è morbo epidemico esente il dubbio e di oscurità. Non si discutono tuttodì gli *enigmi del colera*, quantunque il suo germe specifico sia in nostro pieno possesso?

Per concludere: « che il nostro assunto appartenga all' ordine di quelli che siam usi chiamare verità semplici, siam lungi dal sostenere: molto ancor poggia su indizi; ma anche gl' indizi ci sembrano sufficienti, per non lasciar scuotere la fiducia nell' odierno edificio legislativo profilattico.

2. *Teoria infettiva.*

La teoria, che, per mole d' esperienze e reperti positivi accessibili ad ogni ricercatore merita d' esser posta in prima vista, è quella del Tizzoni: egli sostiene l' infettività della pellagra e ne indica l' agente nel germe che già chiama « streptobacillus pellagrae »

Questa teoria si professa oramai da 14 anni e nell' ultimo periodo ha progredito fino a promettere una diagnosi anche sierologica ed una vaccinazione antipellagrosa.

Noi saremmo lieti, che le vedute del Tizzoni s' imponessero definitivamente, tanto più che, siccome con esse il serbatoio infettivo pellagrogeno sarebbe sempre il mais avariato, così da una parte la legge conserverebbe il suo specifico valore (forse lo esagerebbe fin troppo), dall' altra si acquirebbbero preziosi mezzi in più per identificare il male e prevenirlo. È doveroso per altro riconoscere che, sebbene frutto di lavoro grave, paziente, ammirevole, l' opera del Tizzoni abbisogna ancora di riprove e di conforto prima d' esser accolta come base di pratica applicazione. Per acquistarle il il dovuto credito, s' intesero come soddisfatti i noti canoni fondamentali del Koch: « riscontro del germe in tutti i casi della stessa malattia; suo isolamento in coltura pura dell' organismo infetto; riproduzione della malattia con le culture pure ».

A prescindere dalla necesrità d' interpetrarli oggi con molto maggior rigore, con particolare discernimento, è ancor dubbio, se tali canoni trovino ne' fatti acquisiti quella giusta corrispondenza che si esige per uscirne convinti. Il reperto del germe specifico trovò bensì conferma presso qualche osservatore; ma presso altri la ricerca ebbe esito del tutto negativo anche

seguendo la tecnica precisa suggerita dal Tizzoni (Lavinder): nemmeno l' inchiesta sperimentale fatta recentemente nel Manicomio di Mombello lascia abbastanza soddisfatti, non solo pei reperti negativi in individui pellagrosi, ma anche per quelli positivi in persona affetta da altro male. Se tali fatti si ripetessero, verrebbero a sminuire di molto l'invocato valore di specificità allo « streptobacillo della pellagra ».

Inoltre anche i caratteri morfologici, biologici e culturali di detto germe non si mantengono in quei limiti che noi siamo usi fissare per le unità bacillari specifiche: talvolta si tratta d' un vero streptobacillo, tal' altra vien fuori uno streptococco o un diplococco, od ancora uno stafilococco e, come varia la morfologia, varia pure l' aspetto culturale, si da indurre serio dubbio sull' indennità de' così detti stipiti, tanto più che non di rado essi appaiono scarsissìmi e commisti a microrganismi di natura sicuramente diversa. E, se il significato di simili metamorfosi debbono interpetrarsi pensando alle varie forme cliniche della pellagra, è pur indispensabile qualche maggior luce, qualche maggior contributo, che renda sicuro e costante il dato batteriologico in corrispondenza delle singole entità cliniche.

Anche la riproduzione della malattia ne' bruti lascia perplessi nel decidere, se lo scopo prefisso ria veramente raggiunto pal punto di vista specifico: la necessità di dosi massive e di ripetuti innesti su uno stesso animale per indurvi un processo morboso, che può portare a morte dopo lungo tempo (un anno), senza trovarvi traccia del germe specifico, rende incerti sul giudizio.

Nè le indagini sierologiche persuadono meglio sul vero voluto valore del microorganismo scoperto dal Tizzoni; finora manca uno studio e completo sull' agglutinazione con esperienze crociate attendibili, sopra tutto ne' rapporti quantitativi, poi che le indagini qualitative sono ben lungi da indurre il convincimento di una specificità.

In fine, oltre la sua riferita scarsezza de' reperti del microrganismo anche in casi di pellagra gravissima, impressionano ancora in contraddittorio: « il nessun dato positivo sul così detto focolaio batterico », che non manca nemmeno alle infezioni di carattere tossigeno; « le difficoltà di difendere da errori la delicatissima tecnica; il dubbio che germi emofili banali delle specie descritte emigrino nel sangue in causa di uno scompenso ». Per imporsi, a questo ultimo riguardo, una vera garanzia, si vorrà ammettere che non basti escludere dall' esame gl' infermi con piaghe da decubito; anche semplici lesioni della mucosa intestinale, ovvie in chi da tempo soffre di turbe digestive, possono costituire vie aperte a talune invasioni microbiche volgari.

Pertanto, allo stato odierno della questione, chi dovesse qui esprimere un giudizio coscienzioso, si troverebbe in gravi contrasti: noi non inten-

diamo certo sostituirci al criterio di chi da quasi tre lustri dedica le sue energie e l'autorità del suo nome al nuovo indirizzo: « incaricati di riferire, sentiamo il dovere di un'esposizione obbiettiva: » se ci si domanda un convincimento, è ben giusto che possiamo disporre di criteri liberi da equivoci. E siamo tanto più condotti a rimanere nel riserbo in quanto troppi sono già stati i microorganismi, che, portati con piena coscienza sugli altari anche da illustri batteriologi, come cause certe di talune malattie infettive, dovettero poi cadere nella polvere, dopo una più matura critica.

Noi auguriamo che questo non sia la sorte dello « *streptobacillus pellagrae* », ma auguriamo che su di esso vengano ad approfondirsi le indagini ed i controlli su vasta scala, e saremo ben lieti se potremo sottoscriverci ad un corollario, che, pur recando un nuovo contributo di verità, in fondo salverebbe la legge attuale sulla pellagra, anzi ne acuirebbe lo spirito

3. *Teorie parassitarie propriamente dette.*

Sambon ed Alessandrini intravedono parassiti più elevati come causa della pellagra; per ora però non ci sono elementi positivi che valgano a derimere ogni controversia e porre il problema sur una base risolutiva.

Questi elementi sono ovvi a dedursi dalla storia di altri morbi, con cui dovrebbe dirsi analoga la pellagra, se proprio fosse un'infezione trasmissibile da punture d'insetti, o pure da grossi parassiti ospiti delle cattive acque potabili. Nel primo caso abbiamo l'esempio della malaria, nel secondo quello di varie elmintiasi, di cui alcune son cognite in tutti i loro dettagli.

Noi conosciamo i tre classici fondamentali episodi che attraversò il problema della malaria, prima di giungere ad una soluzione soddisfacente: « scoperta dell'ematozoario — dimostrazione del ciclo endogeno (agamico) nell'uomo — dimostrazione del ciclo esogeno (sessuale) in un ospite intermediario »; al terzo episodio è da allegarsi l'*experimentum crucis* della riproduzione infettiva a mezzo dell'ospite pungitore su organismi sicuramente sani.

Analogamente conosciamo ad es. la storia naturale dell'anchilostomiasi, di alcune filariosi e, per non trascurare campi affini, della trichinosi e delle tenie.

Orbene, per convertirci alle vedute di Sambon o di Alessandrini, attenderemo noi che sia fatta la luce alla stregua di simili paradigmi parassitologici? Lontanissimi da tali pretese: ci basta uno solo de' punti culminanti persuasivi, ad es conoscere almeno il parassita incriminabile, ovvero apprendere una prova sicura d'infezione, che ce ne dimostri implicitamente l'esistenza e le proprietà anche generiche. Questi conforti ci mancano, e tutto fino ad oggi si fonda su rilievi epidemiologici, su distribuziani topo-

grafiche d'insetti, un indirizzo in cui la difficoltà di rimanere strettamente ai fatti obbiettivi si dimostra dalla stessa circostanza che lo studio dello stesso ambiente nosografico dà adito a due teoriche in perfetta discordia l'una con l'altra circa i meccanismi patogenetici: « una fa capo alle acque ferme; l'altra fa capo alle acque in moto: per una la malattia si beve, per l'altra s'inocula ».

Nulla osta, che in un senso o nell'altro, domani, si apprenda quello che oggi s'ignora: la stessa precisione ed imparzialità con cui l'Alessandrini procede nell'inchiesta pratica dell'endemia, in rapporto alle acque bevute, può essere un coefficiente plausibile di futura vittoria ed, in ogni modo, checchè ne scaturisca, da un lavoro esatto, fedele, incoraggiabile, è sempre da attendersi un contributo benefico.

A noi per ora preme soltanto evitare che si concluda prima di tempo, o, quel ch'è anche peggio, che si agisca come se già si fosse concluso in antagonismo a quanto la legge prescrive.

4. *Teoria del maidismo semplice.*

Questa teoria ebbe così esauriente discussione nell'ultimo congresso pellagrologico tenuto ad Udine, da rendere superfluo il tornarci sopra: è indiscutibile che all'uso esclusivo uniforme di granoturco anche sano reagiscono gli animali d'esperienza, come ad un nutrimento improprio, e ne consegue uno scompenso organico a cui, in certi limiti, può accordarsi una nota di specificità: è questa reazione la pellagra?

Noi lo negammo; riconoscemmo però la necessità di dare al fatto la dovuta importanza, di annettervi la possibilità di forme morbose, che, accostandosi per taluni sintomi alla pellagra, possano costituire una parte dalla casistica che va sotto questo nome ed in fine di tener conto di tutto ciò nelle pratiche provvidenze La teoria della *insufficienza alimentare pura,* ritorno al concetto forse più antico di tutti (Lussana), sfugge ad un idoneo apprezzamento sperimentale, mentre d'altra parte ripugna il consentire un nesso di specificità con una causa, che dovrebbe poter trovarsi anche all'infuori dell'alimentazione maidica. Fra i tecnici è ormai ben difficile che simile idea possa trovar credito: ebbene, a titolo di monito. per dimostrare il disastroso effetto che può produrre nel campo pratico una scissione conclamata fra le visioni etiologiche, ricorderemo che una recente inchiesta, fatta in una fra le provincie più infette da pellagra, ebbe quest'esito: di 72 medici interpellati, 16 si dichiararono per la teoria tossica, 6 per le teorie infettive, e tutti gli altri (35) per l'insufficienza alimentare: una malattia, indubbiamente, squisitamente specifica *nel suo vero tipo,* ascritta quasi con plebiscito ed una delle case più banali!

5. *Teoria fotodinamica.*

La teoria fotodinamica è un ingegnoso connubio dell'infuenza solare

col termine maidico: il cibo *maiz*, che sarebbe per sè innocuo, diventerebbe pellagrogeno con lo *ambocettore sole!*

Il Raubitschek, com'è noto, partendo dal fatto che l'eritema pellagroso è in generale limitato alle parti scoperte e quindi sotto l'azione de' raggi solari, emise l'ipotesi che sotto l'infuenza della dieta maidica nelle parti del corpo esposte all'azione del sole si sviluppi una sostanza nociva, che non solo induce alterazioni nelle parti scoperte, ma nuoce a tutto l'organismo. Per questo egli istituisce un rapporto fra dieta maidica, raggi solari e pellagra.

Sperimentò sui topi bianchi e grigi. Alcune gabbie venivano esposte giornalmente direttamente alla luce solare, altre erano protette contro la luce, altre tenute in ambienti perfettamente oscuri. Gli animali erano alimentati parte con mais guasto, parte con mais sano, altri con frumento ed altre sostanze normali. Secondo l'A., gli animali a pelo bianco ed esposti alla luce morivano o deperivano prima di quelli grigi o de' bianchi tenuti lontani dalla luce.

Ne basta ancora, poi che, resi audaci dall'apparente smarrimento della scienza, altri avanzano le ipotesi più strane, arrivando a sostenere la pellagra come semplice effetto dell'anchilostomiasi.

6. *Teorie... da mattoidi.*

Che dire delle altre ipotesi non sostenute da alcune esperienze, nè da dati epidemiologici che pullularono in questi ultimi tempi? Per esempio quella di Ravitch-Eisenman-Prudy (*The Lancet*, luglio 1912) con la quale si ammette che la pellagra sia originaria di alcuni uccelli migratori, specie de' merli, e verrebbe trasmessa all'uomo dalle mosche comuni? In ogni tempo qualcuno si trovò che corse con la fantasia a cercar peregrine cause del morbo a giustificare se Lombroso li ebbe a definire i mattoidi della pellagra.

CONCLUSIONI.

Noi non ci dilungheremo a descrivere i tristi effetti morali e materiali di tanti dispareri; avvisiamo, che la loro moltitudine è pur uno stimolo a seguire la via oggi più nota e concluderemo col porre in vista una circostanza, che reclama per sè sola ogni concordia di animi ed unità di sforzi. Questi urti dottrinali, queste discrepanze scientifiche incoraggiano gli speculatori, che ormai han già predicato per vangelo quel che in realtà è tuttodì un'ipotesi oscura: essi, quantunque non possano appigliarsi ad alcuna prova certa, predicano il nessun rapporto dal mais guasto con la pellagra, portando a sostegno le nuove autorità e mirano ad abolire la legge; i più miti pretendono almeno concessioni assai più larghe nel commercio di farine guaste, di mais avariato ed avariabile; e qua e là è un succe-

dersi di proteste, un coalizzarsi d'industriali, che, sentendosi lesi nel diritto di non andar pel sottile in materia di sola igiene, proclamano con alto ardire che il fallimento scientifico non deve esprimere anche il fallimento economico il non potere smerciare granturco avariato.

Comunque la pensi ognuno, tutti devono insorgere come una sola voce contro queste perniciose tendenze: attendiamo pure fiduciosi la maggior luce avvenire, anzi incoraggiamola; contribuiamo tutti a che la scienza allarghi in campo più alto e più sereno le sue ricerche e i suoi studi con profitto del problema etiologico, troncando un' aspettativa dannosa e provocatrice di disordini. Ma frattanto vigiliamo, affinchè non si demolisca, prima di conoscere che cosa di meglio si potrà costruire. Ed a questo riguardo, il V Congresso pellagrologico mancherebbe al suo dovere, se non pronunciasse una parola concorde, solenne ammonitrice.

Teoria maidica e nuove opinioni sulla etiologia della pellagra.

Il prof. Terni riferisce il lavoro della Commissione Pellagrologica Provinciale di Milano nella parte che riguarda la etiologia e la patogenesi della pellagra.

Rileva che esaminando attentamente le idee dello Strambio *seniore*, Cerri, Facheris, Zecchinelli, e degli altri vecchi studiosi della pellagra, contrari alla teoria maidica, risultanti pure da fatti numerosi raccolti durante endemie pellagrose ben più gravi e frequenti delle attuali, si possono ricondurre e comprendere nel concetto generale che informava anche le idee degli zeisti del primo periodo degli studi della pellagra (Mazzari, Ballardini ed altri), i quali non erano esclusivisti nell' indicare il maiz guasto e anche sano come causa della pellagra, ritenendo che altre cause concorressero col predominio di una alimentazione maidica a determinare lo sviluppo della malattia. Il concetto che oggi s'impone è questo: che il granturco non è alimento adatto per la vita normale dell' uomo e che, o per sostanze venefiche inerenti alla costituzione chimica del seme o acquisite per la difficoltà della sua conservazione, o durante i processi digestivi, determina uno stato d'indebolimento organico, spesso associato a disturbi del sistema digerente, che prepara la via allo sviluppo della pellagra *ma che da sè solo non basti a produrre la malattia*

In Terni da osservazioni proprie e de' suoi collaboratori dimostra che per lo sviluppo della malatiia concorrono tre fattori, e stabilisce la formula: *Pellagra = Maidismo + condizioni individuali + un germe infettante ancora ignoto*. Solo così si può spiegare come, per quanto rari, siano possibili casi di pellagra senza mais, e quelli di individui colpiti isolatamente in famiglia dove tutti gli altri godono ottima salute, pure nutrendosi con lo stessso alimento maidico; non che di interi villaggi e regioni che presen-

tano solo casi sporadici della malattia, mentre per clima, abitudini e alimentazione non si differenziano da località vicine più gravemente colpite.

A questo punto si domanda quale sia questo agente specifico che determina la pellagra in concorso con le altre circostanze; principalissima quella della nutrizione a base di mais. Ricorda che l'opinione d'un *contagio pellagroso* è vecchia quanto quella maidica e generata ne' nostri primi osservatori dalla esperienza in endemie di pellagra allora gravissime. Esamina poi le nozioni più recenti sulla natura del virus della pellagra e prima di tutto le ricerche del Tizzoni sulla presenza nel sangue de' pellagrosi di un bacillo speciale a forma di catene (Streptobacillus pellagrae), e afferma che le ricerche di controllo fatte da lui e dai dott. Bravetta, Fiorani ed altri, nel Manicomio di Mombello e fuori in campagna, confermano le osservazioni del Tizzoni, in quanto che nel sangue degli ammalati di pellagra, e anche nei ragazzi con sintomi premonitori della malattia e viventi in ambiente pellagroso, si osservano con abbastanza frequenza i bacteri descritti dal Tizzoni, che hanno caratteri propri per quanto affini agli streptococchi. Il Terni stabilisce il fatto, ma dice che è prematuro in simile malattia di affermare subito che si tratti proprio dell'agente che col granturco determina la pellagra. E, pur considerando con grande simpatia il lavoro del Tizzoni, non crede di associarsi in tutte le sue conclusioni, mancando ancora a lui e ai suoi collaboratori dott. Fiorani, Bravetta, Bassi gli elementi necessari di controllo.

Passa quindi a considerare l'opinione assai vaga espressa dal Sambon, che la pellagra sia determinata da parassiti appartenenti ai protozoi e trasmessa per mezzo di piccolissimi insetti che attaccano e pungono i contadini nelle campagne — i così detti *Simulidi* — Il Terni e i suoi collaboratori, fra i quali il dott. Benzi di Trezzo d'Adda (centro pellagroso della provincia di Milano) hanno raccolto una quantità di questi insetti in quasi tutti i paesi della Provincia, e nel Manicomio Provinciale di Mombello e ne' diversi paesi furono fatte esperienze di puntura senza alcun risultato. Lo studio di questi insetti dimostra che non v'è alcun rapporto con la pellagra, ma interessa invece molto per alcune malattie degli animali e specialmente de' cavalli, del cui sangue questi insetti sono avidissimi.

Nella sala di dimostrazione i congressisti potevano prendere visione di quest'insetti vivi e osservarli col microscopio insieme con gli altri preparati di sangue contenenti i bacteri del Tizzoni.

In ultimo il relatore accenna all'opinione dell'Alessandrini, che la pellagra sia dovuta al parassitismo di un nematode simile alle *filarie*, trasmissibile per mezzo delle acque. Dimostra la insussistenza di tale concezione non avvalorata da nessun fatto e scartata già anche dal lato clinico dai più vecchi pellagrologi che nel secolo XVIII avevano la possibilità di os-

servare nelle nostre campagne insieme coi casi di pellagra anche forme di filariasi per infezione contratta in Oriente e sulle navi venete. E conclude dicendo, che queste nuove opinioni sono prodotto d' una insufficiente conoscenza della malattia tanto dal lato epidemiologico come da quello clinico e anatomo-patologico, e che non possono in alcun modo diminuire il concetto fondamentale de' provvedimenti contro la pellagra informati a una razionale sorveglianza dell' alimento maidico, ma più ancora a una *riduzione* del consumo, sostituendovi altri cereali più confacenti per l' alimentazione dell' uomo civile. In sostanza egli dice, che, qualunque possano essere i risultati degli studi sull' agente specifico della pellagra, bisogna tener ben presente che esso è impossibilitato a sviluppare la malattia negl' individui che non siano intossicati dal granturco, ottimo alimento per i maiali ma non per l'*homo sapiens*, e nè meno per gli animali nobili (cavallo) di cui si serve l' uomo per i suoi bisogni, ai quali si richiede non soltanto il lavoro bruto, ma anche l' intelligenza E lo stomaco, sopraccarico nel dirigere l' alimento maidico, consuma già fino dall' infanzia troppe energie e richiama a questi organi troppo sangue a detrimento della circolazione cerebrale. L' esempio più chiaro è il confronto della vita intellettiva e delle attitudini psichiche de' nostri contadini alimentati col mais, e degli altri lavoratori de' campi delle regioni vicine che si alimentano ora a preferenza con frumento. Ricorda come tutti gli agrari siano d' accordo nell' affermare *che la coltura del granturco non è redditiva* per molte ragioni che sono le più colpite dalla malattia; e allora ci si domanda perchè si continui col sistema di produzione di un alimento che, oltre ad essere nocivo, *rende poveri*. Più delle leggi in questo caso varrà la propaganda nelle classi rurali, e l' opera svolta dalle Cattedre ambulanti, veramente ammirevole, dovrebbe essere intensificata. Ma dallo Stato vogliamo un concorso tale, che assicuri la possibilità di debellare in pochi anni questa malattia vergognosa come fatto sociale, perchè rappresenta le ultime vestigia di un passato economico che non ha più ragione d' essere nel momento presente.

Prof. G. Tizzoni: *Studi sulla Etiologia della Pellagra*

Sono abbastanza vecchio, comincia egli, per sapere che, quando il terreno è imbevuto d' idee che hanno già avuto la loro applicazione, e giusta applicazione, è difficile produrre d' un colpo solo spostamenti dottrinali.

Il prof. Tizzoni allontana da sè anche il più lontano sospetto che egli possa, o voglia, mancare di rispetto alla memoria venerata di Cesare Lombroso, di cui fu discepolo e da cui ebbe anzi benefizi non dimenticabili. Il vero della scienza però è, e deve essere, sopra di noi, di tutti noi. Egli non sa se riuscirà a convincere il Congresso: sa però che lo farà certamente persuaso della profondità della sua propria convinzione.

Il prof. Tizzoni espone indi l' origine de' suoi studi a cui lo condusse il caso di trovarsi a Bassano davanti ad un pietosissimo caso di pellagra.

Non poteva convincersi come nel secolo XX una malattia potesse apparire così oscura. Egli aveva osservato a Bologna, ne' casi fulminanti di colera, il passaggio di germi nel circolo, con azione tossica sulla corteccia cerebrale, e donde la rapidissima morte: e ricercò se ne' casi di pellagra avuta e rapidamente mortale non si trattasse d' un processo analogo.

I primi saggi di ricerche batteriologiche non gli diedero risultati soddisfacenti. Continuò le ricerche ed ebbe in seguito risultati positivi.

Fra casi da lui osservati e controllati rigorosamente ha 91 osservazioni positive, di cui 89 sull' uomo. Sull' uomo ha trovato nel sangue 55 volte lo stesso germe. Nelle deiezioni, 9 volte risultano positivo. In casi acuti ha avuto 20 volte risultati positivi.

Importante, dice, era analizzare i singoli casi in rapporto alle diverse manifestazioni morbose, ed espone anche quì cifre e dati che l' assemblea segue con attenzione vivissima.

Importante dal lato clinico è che nelle forme di follia pellagrosa lo sviluppo del germe nella cultura si fa più rapidamente: così avviene in tutte le forme acute, rapidamente mortali.

Nelle forme volgari il Tizzoni non si è occupato delle percentuali limitandosi a rilevare dati che dice di grande importanza: su 17 casi, 15 positivi. In altro periodo, su 15 casi 3 soli positivi. Differenza colossale che non poteva a meno d' interessare, e che il Tizzoni è riuscito a spiegarsi ristudiando i casi de' due gruppi dopo una vera inchiesta.

Tale differenza l'O attribuisce a fenomeni immunitari.

Vennero in seguito le obiezioni che egli prende di fronte. Non ha dimostrato il focolaio batterico? Ma se egli ha potuto provare che il bacillo è nelle deiezioni; ciò non equivale alla dimostrazione del focolaio? E, quanto all' unità e alla specificità, egli non ha dimostrato la presenza del germe ne' pellagrosi ordinari? E, per le apparenze, non é noto il comportamento de' bacilli della polmonite e del tifo?

L'O. rivendica l' importanza e la rispettabilità delle sue statistiche, che gli danno diritto a chiamar positivo il risultato delle sue ricerche; e, inseguendo le critiche relative all' agglutinamento, passa ad esporre il suo metodo di esperienze, ch' è seguito con vivo interesse.

Dopo di che egli si domanda: C' è unità etiologica? C' è il germe specifico?

Il germe unico — egli risponde – c' è: nella guarigione esso non si riscontra più, ma, se l' individuo va a morte, si riscontra nel cadavere, come risulta dal caso ch' egli ha potuto studiare. E non solo c' è il tipo

solo, ma c' è anche il tipo specifico; e il prof. Tizzoni fa passare delle fotografie donde risultano gli elementi della sua convinzione.

— Certo, dice l'oratore, non si deve prendere solo quello che io ho fatto e pubblicato in principio. D' allora in poi ho studiato e fatto ancora.....

Ed infatti egli presenta dati e risultati inediti: e cioè dal maggior ad oggi.

Procedendo nella sua esposizione, egli viene alla questione del mais, e fa rilevare che gli animali iniettati non muoiono se non hanno mangiato o non mangiano mais. Quindi il rapporto tra mais e pellagra è innegabile A che cosa è dovuto? In che cosa consiste? Forse che il mais è un sensibilizzatore?

Riassume così la sua concezione:

Sul principio si ha un focolaio d' infezione, che sta nell' intestino, prodotto da un germe che ad un certo punto passa nel sangue; accade allora di solito una reazione immunitaria che dà un periodo di latenza al germe stesso. Più tardi in certe circostanze il materiale immunitario viene a mancare, e allora il germe si manifesta provocando la malattia.

Il prof. Tizzoni non crede d'aver bisogno di dimostrare l'alto valore diagnostico delle sue ricerche; e, quanto al loro valore terapeutico, egli riconosce esplicitamente il coefficiente dell' alimentazione maidica.

E conclude che la cosa più importante gli pare oggi quella non di dividere, ma di unire le forze; e perciò fa voto che si fondi una stazione dove potere studiare, tutti e nel solo intento del vero scientifico, e si augura che ciò egli possa vedere prima di chiudere la sua vita.

Dott. V. L. CAMURRI: *L'etiologia della Pellagra nel giudizio dei Medici Condotti in Italia.*

L'O., passate in rassegna le diverse teorie etiologiche della pellagra, riferisce il giudizio dei medici condotti d'Italia, che ritiene importantissimo perchè emesso da « tecnici » che vivono a contatto col pellagroso, che ne avvertono gli albori del male, la sua evoluzione e risoluzione, che conoscono la vita di lavoro, la casa, le abitudini e persino i pensieri dell' infelice colpito. È lieto di dichiarare che furono numerosi i medici che hanno risposto al suo appello da ogni parte d' Italia e precisamente 385, dei quali però tiene conto solamente di 247, cioè di quei medici che hanno ancora *tutt'oggi* in osservazione individui pellagrosi.

L'O. rileva che la sua inchiesta, com'è facile rilevare dal questionario ha quadruplice scopo:

1. — stabilire il numero de' pellagrosi;
2. — risolvere il problema etiologico;



3. — precisare il quadro diagnostico;
4. — indicare i mezzi migliori per combattere la pellagra.

Il numero dei pellagrosi *in generale* è diminuito, specie in questi ultimi anni, e la diminuzione è in diretto rapporto con le migliorate condizioni economiche, ed è più sensibile dove furono adottati i provvedimenti voluti dalla legge sulla pellagra. L'O. riassume così l'opinione de' colleghi a proposito dell'etiologia:

a) *Pellagra senza mais: nessun caso.*

Sette colleghi han manifestato de' dubbi a questo proposito, ma nessuno ha escluso il mais in via assoluta dall'alimentazione. Il medico di Montescudo (Forlì) ritiene come causa patogenetica l'alcool, quelli di Bernareggio (Milano) e Trezzano Rosa (Milano) l'alcool e l'ereditarietà, il medico di Zinasco (Pavia) qualche agente infettivo tuttora ignoto, quello di Caorso (Piacenza) una discrasia da bilancio nel ricambio, quello di Gualdo Tadino (Perugia) speciali condizioni di ambiente, e in fine quello di Piagge (Pesaro) forse gli eccessivi strapazzi.

b) *Pellagra dovuta ad alimentazione (insufficiente* (Teoria di Lussana): 87 medici.

c) *Pellagra dovuta ad intossicazione:* 8 medici.

d) *Pellagra dovuta ad infezione:* 8 medici.

e) *Pellagra dovuta ad alimentazione insufficiente e causa occasionale tossica* (Teoria mista): 66 medici.

Diversi medici hanno messo tra i fattori che predispongono l'organismo alla pellagra la cattiva qualità delle acque, le abitazioni malsane, l'eccessivo lavoro, ecc, ma nessuno ha fatto rilevare un rapporto diretto tra l'acqua e la pellagra come vorrebbe l'Alessandrini, nessuno ha citato osservazioni proprie od altrui per avvalorare la teoria de' simulidi del Sambon.

E, sempre riferendosi alle nuove teorie, dice che dai colleghi che ritengono la pellagra dovuta ad infezione non si fa cenno dello streptobacillus del Tizzoni.

A proposito della *diagnosi* furono riscontrati tutti i sintomi noti della pellagra raggruppati ne' tre sistemi fondamentali: tegumentario, gastro-enterico e nervoso.

I mezzi consigliati ed adottati dai medici condotti sono quelli indicati e discussi dai nostri congressi, sono quelli stessi che costituiscono il programma di lotta delle nostre Commissioni pellagrologiche. Ebbene, con questi mezzi, così si esprime l'O., il numero de' pellagrosi è diminuito. Facciamo anche una constatazione più importante: Ne' comuni (e fu notato dal collega) ove si è fatta della lotta esclusivamente a base maidica (come per es. a Passignano e Castel Rigone (Perugia) Villafranca Veronese,

Azzano Decimo (Udine), Conca di Rame (Rovigo), Calvezano, Misano d'Adda (Bergamo), Arluno, Turbigo, Nosate (Milano), Costa de' Nobili (Pavia, ecc. ecc.), cioè con l'abolizione o con la forte limitazione del mais sono scomparsi i pellagrosi, o ne son rimasti pochi generalmente vecchi; certo non si verificano casi nuovi. E notiamo il fatto invero: a Bagolino (Brescia), dove la pellagra era in forte diminuzione quando vi erano fiorenti le industrie delle pelli, ora che queste non ci sono più la popolazione, piombata nella miseria, è costretta a tornare alla polenta, e la pellagra va aumentando.

L'O. poi riferisce i risultati delle sue osservazioni fatte nel comune di Padova per incarico dell'amministrazione comunale che ha l'onore di rappresentare al Congresso. Ha riscontrato che il numero de' pellagrosi (1300) è stazionario, e dice che ciò può dipendere:

a) dalla persistenza dell'alimentazione maidica quantunque sia migliorato in genere il tenore di vita;

b) dall'abuso di alcool;

c) dai *casoni*, luride stamberghe prive d'aria, di luce e di cubatura;

d) dall'agricoltura locale, che non ha mai tentato di sostituire *definitivamente* la coltivazione del mais con altre colture più convenienti;

e) dalla deficienza di provvedimenti profilattici;

f) dalla mancanza di una coscienza igienica popolare.

L'O. esclude in via assoluta la possibilità della pellagra senza mais. « In alcuni individui sospetti, così si esprime, specie se provenienti da famiglie agiate, ho fatto ricerche, ed ho fatto ricercare scrupolosamente, ma ho dovuto convincermi che fecero uso di alimentazione maidica ».

Ha controllato la distribuzione de' pellagrosi lungo i fossi ed i canali, presso stagni ed in riva al Bacchiglione, ma non ha notati che casi isolati e non focolai per cui si possa sospettare il contagio della malattia.

Man mano che l'acquedotto della città si allunga e si distende nel suburbio, è facile rilevare la lenta e progressiva diminuzione delle malattie infettive (tifo), ma la pellagra è sempre stazionaria. vuoi là dove da tanti anni si beve acqua ottima, vuoi in quei casoni dispersi in mezzo ai campi che attingono l'acqua dai pozzi dove hanno sovrano imperio la floria e la fauna le più sudicie.

A proposito di maiz dice l'O. stanno di fronte due ipotesi principali:

a) il maiz sano può produrre la pellagra;

b) non è ancora dimostrato che il maiz guasto sia dannoso

L'O. fa notare che ha ripetuto solo poche esperienze sugli animali perchè già fatte altre volte da diversi autori, quali l'Audenino, e già discusse anche nel precedente Congresso. Richiama l'attenzione del Con-

gresso su ricerche che sta compiendo in collaborazione col prof. Vanzetti nel Laboratorio di Chimica generale dell' Università di Padova, per vedere se è possibile determinare la natura del veleno maidico, e fa rilevare come in una soluzione oleosa di maiz guasto estratto con etere etilico sia evidente una reazione che è caratteristica per un certo gruppo di sostanze appartenenti alla serie aromatica, quali ed es. i derivati cinnamici a funzione fenolica. La ricerca e la separazione di tale sostanza si farà sistematicamente; resterà poi a decidersi se in essa è la causa del potere venefico evidentissimo dell' estratto etereo esperimentato sui topi bianchi.

Ora, continua l' O., se è permesso dedurre qualche conclusione da queste serie ricerche, non ci pare esagerato affermare che un veleno realmente esiste nel mais guasto, e che negli animali l' alimentazione maidica sana produce fenomeni di impropria alimentazione, e non fenomeni tossici, come nel caso di alimentazione maidica guasta; dobbiamo concludere che i fenomeni di anafilassi riscontrati hanno carattere specifico, non essendosi constatati nè in conigli sani, nè in malati d' altre affezioni.

La questione poi de' simulidi e delle filaridea è ormai definitivamente risolta; l' epidemiologia ha fatto giustizia. In ogni modo saranno i loro sostenitori che dovranno portare le prove, e noi, magari, potremo convenire per analogie di sindrome, in qualche forma di *para* od *ortopellagra*, che non *potrà mai essere la pellagra da mais*.

Rimane l' ultimo punto controverso, ed è che la pellagra sia dovuta alla insufficienza alimentare del mais.

Anche l' O. crede all' insufficienza alimentare del mais, ma non nello stesso modo del Lussana.

Il fisiologo di Padova sosteneva che il maiz era insufficiente perchè conteneva poche sostanze proteiche, mentre invece l' esperienza ha dimostrato che la loro quantità è superiore ai bisogni dell' uomo.

A sua volta, l' O., con le ricerche sul ricambio de' pellagrosi, ha ben messo in evidenza che sono le sostanze minerali che fanno del mais un alimento incompleto, ed è « appunto alla scadente ed alterata proporzione « delle sostanze minerali che egli attribuisce la insufficienza alimentare « del mais ».

Ma l' insufficienza alimentare del mais per sè sola non è causa di pellagra, come ritiene il Lussana, come ritengono molti medici. L' alimentazione maidica sana è senza dubbio fattore più importante del binomio patologico, ma occorre anche l' altro fattore, il veleno ifomicetico, per produrre la pellagra.

Il mais fornisce senza dubbio il pabulum vitae migliore alle muffe, però non è substrato necessario; anche il grano, le castagne, ecc., possono

servire come terreno da cultura alle muffe ancorchè la vegetazione non sia abbondante ed il veleno sia prodotto in quantità minime.

Può avvenire quindi che l' individuo mangi mais sano e introduca nell' organismo veleno ifomicetico prodotto dalle muffe in altro substrato. E questa eventualità può spiegare l' ipotesi de' colleghi; ma la spiegazione migliore è data secondo l' O. della seguente constatazione.

Data la facoltà che ha la farina di guastarsi facilità ammessa da tutti gli osservatori, può darsi che i collegi, basandosi su informazioni delle famiglie, abbiamo ritenuto sana la farina effettivamente alterata.

L' O. lo desume dal questionario, perchè nessuno di coloro che credono nella teoria del Lussana fece ricerche sul mais o sulla farine.

A proposito della diagnosi, l' O. conferma quello che ebbe a dire anche in precedenza agli altri Congressi come frutto de' suoi studi, e precisamente: « L' individuo che nelle peculiari condizioni nelle quali vegeta « l' endemia pellagrosa ha positiva la ricerca delle mais-precipitine nel « siero di sangue, e per un certo periodo di tempo (6-8 giorni) a vitto co- « stante nelle orine ipoacidità ed ipercloruria, è un pellagroso agli stati « iniziali del male ».

Per combattere la pellagra, oltre i provvedimenti finora escogitati, l'O. propone in un ordine del giorno che viene approvato dal Congresso:

1. — la riforma alimentare;

2. — la profilassi de' bambini predisposti tanto de' figli de' pellagrosi come di quelli che, pur non avendo genitori intossicati, hanno tendenze fisiologiche funzionali analoghe;

3. — la istituzione di un ambulatorio pellagrologico in ogni capoluogo di Provincia che, centro di propaganda, dia unità d' indirizzo alla diagnosi e alla cura della pellagra, che dirima ogni eventuale questione tra medici e autorità per la rigorosa applicazione della legge sulla pellagra.

Prof. Babes (Bukarest): *Su l' etiologia della Pellagra.*

L' eminente pellagrologo, discorrendo delle diverse teorie, dichiara la sua adesione alla tradizionale teoria italiana, discendente dagli studi del Lombroso. Egli dice che nel mondo scientifico sono ormai principii stabiliti:

1. — che i provvedimenti italiani contro la pellagra, se bene applicati, dànno risultati sicuri contro la pellagra;

2. — che le statistiche dimostrano il rapporto tra mais guasto e pellagra;

3. — che nessun fatto stabilito ci autorizza ad abbandonare i principi suddetti.

Il prof. Babes, rilevando che la pellagra è diffusa in molti paesi, vagheggia l'istituzione d'un comitato internazionale per gli studi sulla pellagra; e vorrebbe che questa iniziativa fosse presa dall'Italia.

Venendo poi ai risultati de' propri studi in Rumania, egli dice che ha cercato il microbo « qui entre bien dans la pellagra » con tutt'i mezzi possibili e che erano a sua disposizione. Ebbene: egli non ha trovato che microbi volgari; il più frequentemente uno streptococco, e questo assai somigliante ad altri bacteri che si trovano in altre malattie croniche.

Dott. G. VOLPINO: *Fenomeni anafilattici nei pellagrosi in seguito all'iniezione sottocutanea di estratto acquoso in maiz guasto.*

Ecco le conclusioni:

1. — Gl'individui, affetti da pellagra, inoculati sottocute, o nelle masse muscolari con una quantità di estratto acquoso di maiz guasto, insufficiente a produrre fenomeni di qualche entità nella grande maggioranza degl'individui non pellagrosi, presentano generalmente, dopo alcune ore, reazione d'impersensibilità, talora molto accentuata. Questa reazione si manifesta con stupore. sonnolenza è stato semi-comatoso, o pure con eccitamento forte psichico e nervoso. Accompagnano questi fenomeni acceleramento del polso, dispnea, elevamento di temperature, talora fino al 40° C.; spesso anche vomito, aumento della peristalsi con eliminazione di fecce diarroiche e miste a sangue; qualche volta, in fine, accentuamento degli eritemi cutanei.

2. — La differenza nella reazione per tale inoculazione fra gl'individui pellagrosi ed i non pellagrosi è così marcata, che questi ultimi non reagiscono in modo apprezzabile, nel maggior numero de' casi, neanche di fronte a dosi molte volte multiple di quelle che bastano a provocare una reazione evidente negl'individui pellagrosi;

3. — L'impersensibilità dell'individuo pellagroso è specifica e limitata al solo estratto di maiz guasto; l'estratto di maiz sano è incapace di provocare una reazione anche solo di mediocre intensità;

4. — La sostanza che determina la reazione si estrae da campioni di maiz guasto, addizionando il cereale triturato con 3-4 volte il proprio volume di soluzione fisiologica di cloruro di sodio e poscia tenendolo per 6 ore in bagnomaria a 55° C.; filtrando e sterilizzando per candela Chamberland o nell'autoclave a 110° C.;

5. — La sostanza attiva, alla quale gli AA. hanno dato il nome di « pellagrogenima », è solubile nell'acqua, precipita per aggiunta alla soluzione acquosa concentrata di circa 20 volumi di alcool assoluto, resiste a temperature di 110°-115° C. ed è poco tossica per gli animali, ed in generale per gli uomini non pellagrosi;

6. — I caratteri specifici della reazione d'ipersensibilità ne' pellagrosi, già ben evidenti quando si inietta la soluzione bruta di questa sostanza, si fanno più marcati adoperando la pellagrogenina precipitata con l'alcool e ridisciolta in acqua;

7. — I risultati ottenuti dalle 84 esperienze eseguite finora con questa sostanza, oltre a farla ritenere come specifica ne' rapporti della pellagra, inducono gli AA. a proporla come mezzo pratico di reazione anafilattica per la diagnosi della pellagra stessa. Per ottenere a tal uopo la reazione specifica, in grado apprezzabile e non pericoloso in individui sospetti di essere affetti da pellagra. si deve fare un'iniezione di 1-2 cmc. di soluzione acquosa sterilizzata a 100° C. per mezz'ora nella pentola, o pure a 110° C. per 1 nell'autoclave di pellagrogenina pura al. 10 °/o;

8. — L'aver constatato una facoltà di reazione specifica nell'individuo pellagroso, di fronte alla pellagrogenina, invita in fine a tentare una cura profilattica della pellagra mediante un procedimento immunizzatorio con iniezioni sebentranti ed a dosi progressivamente più forti di questa sostanza.

CESARE-BIANCHI, a proposito della interessante relazione di Volpino, ricorda le ricerche da lui compiute nella stessa direttiva con la collaborazione del dott. Vallardi.

Da queste ricerche risulta che gli animali (cavie), sottoposti per un certo periodo di tempo ad un'alimentazione, prevalentemente o solo in paste maìdica, con mais guasto o con mais buono, presentano tutti un grado spiccato di ipersensibilità verso tutti gli estratti di mais, che, introdotti nelle vene, determinano già a dosi piccolissime l'insorgenza di fenomeni assai gravi, del tutto simili ai fenomeni inafilattici, ben presto seguiti dalla morte.

È quindi del parere che la reazione ottenuta da Volpino ne' pellagrosi debba rientrare nel quadro della reazione anafilattica.

Ritiene però che non si possa parlare di reazione specifica per i pellagrosi e, proprio soltanto degli estratti di mais guasto. Le sue ricerche invece lo portano a sostenere che si tratti di una reazione de' mangiatori abituali di mais e che si può ottenere tanto con gli estratti di mais guasto che con quelli di mais di ottima qualità.

Le ricerche cliniche difatti istituite in collaborazione col dott. D. Valtorta, in 10 pellagrosi ed in 10 controlli, trattati con estratti di mais buono (iniezione sottocutanea di 1 ecc.), hanno dato 10 reazioni posive (generale e locale) ne' pellagrosi e 2 nei controlli.

Nota in fine che in qualche caso delle dosi usate la reazione generale può essere molto grave.

Dott. ALDO PERRONCINO. — Per l'esattezza storica ed anche, fino ad

un certo punto, a difesa della propria opera, deve incominciare da una rettifica.

L'O. ha pubblicato per primo ricerche su una serie di casi gravi di pellagra, in cui non gli fu possibile di isolare dal sangue il microrganismo descritto da Tizzoni; queste ricerche furono poi confermate da parecchi osservatori, e l'O stesso ha ripetuto più tardi le ricerche su un'altra serie di casi sempre con lo stesso risultato negativo.

A questo proposito Tizzoni ha affermato che egli ha ottenuto la cultura dal sangue del suo streptobacillo soltanto recentissimamente e quindi tutti i risultati negativi sarebbero dovuti, secondo lui, al fatto che, quando queste ricerche vennero eseguite, non si conosceva ancora il metodo per coltivarle. Me, a questo proposito, Perroncito osserva, che Tizzoni aveva annunziato fin dal 1909 di aver isolato il bacillo dal sangue de' pellagrosi comuni (1) e che nell'eseguire le culture dal sangue egli ha segui o esattamente anche il metodo che il prof. Tizzoni, nella sua esposizione fatta al Congresso, ha indicato come il più adatto.

Il dott. BRAVETTA, che fu della sottocommissione pellagrologica lombarda lavorando con Tizzoni, Fiorani e Terni, dice che si è discaccato per lavorare per conto proprio e perchè non gli pareva di vedere ciò che gli altri vedevano. Fa una carica a fondo contro le esperienze del Tizzoni, portando una serie di fatti che lo inducono a conclusioni affatto opposte a quelle del Tizzoni, arrivando ad affermare, tra i rumori di diversi congressisti, che il Tizzoni gli scrisse di aver trovato lo streptococco della pellagra in un certo sangue da lui inviatogli e che per pura combinazione si era dimenticato di avvertire che quel sangue non apparteneva a persona pellagrosa.

CESA BIANCHI espone i risultati ottenuti dalle ricerche da lui istituite e da altri suoi colleghi nella direttiva di Tizzoni.

In 37 pellagrosi, presentanti i più diversi stadi della malattia, forme prepellagrose, forme lievi, forme medie e forme gravi di pellagra, ha eseguito semine dal sangue, ne' suoi diversi mezzi di cultura, con la tecnica batteriologica comune, senza mai avere isolato microrganismi di sorta.

In 12 di questi casi, e più precisamente nelle forme più tipiche e più gravi di pellagra, ha ripetuto le semine, seguendo la tecnica di Tizzoni, in tutt' i snoi dettagli, finora noti.

Risultati furono sempre e costantemente negativi, anche seguite le culture per oltre 20 giorni dalla semina. Se ai casi riportati dall'O. si aggiungono i 10 casi di Perroncini e quelli del Bezzola (3 casi di tifo pellagroso), tutti con esito ugualmente negativo, l'O. ritiene che finora non si possa considerare come sufficientemente provata la teoria microbica del Tizzoni per l'etiologia della pellagra.

L'O. discute poi a lungo la relazione di Tizzoni, sostenendo che nessuno de' tre postulati di Koch si può dire finora provato ne' rapporti dello streptobacillo di Tizzoni come come causa di pellagra.

Si diffonde specialmente sulla mancata riproduzione della malattia negli animali, sostenendo che i fenomeni morbosi ed il quadro anatomopatologico descritto dal Tizzoni nelle cavie infettate col suo microrganismo per via gastrica — « e nutrite almeno in parte con mais » — corrispondono, si può anzi dire che coincidono, con quanto si verifica alimentando per un certo tempo le cavie, in tutto od in parte, con mais guasto e con mais buono, senza infezione con microrganismi di sorta.

Sulla questione fondamentale il Congresso approva il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso Pellagrologico italiano, udite le singole relazioni sulla etiologia della pellagra; ritenuto che le molte teorie po te recentemente di fronte al concetto Lombrosiano hanno con questo di comune il principio di mantenere la tutela maidica sancita dalla legge vigente, come base della profilassi sociale della pellagra;

« ribadisce la necessità che i concetti ai quali si inspira la legge presente rappresentino tuttora la guida più sicura sulla profilassi della pellagra ».

LA CHIUSURA.

I Congressisti della sezione medica, che hanno discusso nell'aula maggiore del Consiglio Provinciale, vengono ora a riunirsi nella « Sala di Ulisse » ai congressisti della sezione legislativa.

Come sintesi e conclusione de' lavori del Congresso alcuni congressisti, tra cui i proff. Perroncito, Pieraccini, Stefani, Antonini, i dott. Camurri, Maffi ed altri, propongono il seguente ordine del giorno che viene approvato ad unanimità:

« Il V Congresso Pellagrologico Italiano,

udita la discussione sullo stato delle conoscenze, riguardo alla eziologia della pellagra:

afferma la propria fiducia nelle attuali disposizioni legislative e ne invoca la più rigida applicazione.

Constatando inoltre il chiaro rapporto che esiste fra alimentazione maidica, condizioni economiche del contadino e diffusione della pellagra;

constatando che le tristi condizioni economiche del contadino sono spesso dovute a circostanze create artificialmente dal patto colonico, indipendentemente dalla fertilità delle terre;

ritenendo che sia possibile, ove si voglia fermamente, di giungere a dirimere questi due fattori dell'endemia pellagrosa in un tempo fors'anco relativamente breve;

fa voti perchè tutte le forze vive del paese si mettano per questa via con ferma fede che essa condurrà alla scomparsa della pellagra dalla nostra patria ».

A proposito della sede del nuovo prossimo Congresso, si fanno i nomi di Roma, Verona e Mantova, ma, dopo animata discussione, si delibera di lasciare facoltà di scelta al Comitato ordinatore.

Il Congresso si scioglie non prima d'aver ringraziato tutte le autorità del Comune e della Provincia per le accoglienze veramente eccezionali ricevute, completamento delle quali fu la gita alla Fonte Bracca e a S. Pellegrino alle cui Direzioni vanno i sensi del nostro animo grato.

DOTT. VINCENZO LUIGI CAMURRI
Medico Comunale di Padova

La paralisi progressiva giovanile.

Anatomia patologica e sintomatologica della forma giovanile di paralisi generale.

La somma di paralisi generale che può svilupparsi nei giovani con eredità nevropsicopatica e luetica ha una prognosi infausta e dura da 3 a 5 anni. Arsiwales e Halberetadt ne hanno visto spesso l'insorgenza con paralisi agli arti inferiori e con attacchi apoplettiformi.

Si riscontra anatomo patologicamente: ispessimento delle meningi. Notevole atrofia del cervello in totalità; l'atrofia specialmente interessa le circonvoluzioni frontali. Frequenti focolai di rammollimento e non rara endo-arterite sifilitica. Istologicamente si notano nella corteccia cellule atipiche a due o più nuclei; atrofia delle fibre, specie torrenziali.

Vi è inoltre infiltrazione leucocitaria. Le stesse alterazioni si sono riscontrate anche nel cervelletto e probabilmente stanno in rapporto colla sifilide ereditaria. Sono pure presenti delle lesioni nel midollo spinale, specie nella porzione lombare. Non vanno immuni neppure i nervi cranici.

È di caratteristico nella sintomatologia la marcia a gambe divaricate, le contratture ed il frequente associarsi dei sintomi di poliomielite e di scerosi laterali.

Note sullo stato delle glandole a secrezione interna in qualche caso di alienazione mentale.

L'influenza delle glandole a secrezione interna sopra il metabolismo generale dell'organismo, e per ciò anche sopra l'insieme delle sue funzioni, è uno dei fatti meglio stabiliti dalla scienza.

La descrizione che precede mostra che le alterazioni delle glandole a secrezione interna sono frequentissime presso gli alienati, e sopra tutto presso i dementi dei differenti gruppi psichiatrici.

Senza volere troppo insistere su questi casi che noi diamo piuttosto a titolo di documentazione, noi facciamo rimarcare che il problema dello stato delle glandole a secrezione interna nella psichiatrica presenta due aspetti sui quali conviene fissare l' attenzione.

Le alterazioni possono preesistere alla psicosi e contribuire a creare il terreno su cui quest' ultimo apparisce, oppure sono esse un risultato della stessa causa che ha prodotto la psicosi ciò che non impedisce loro per altro di avere secondariamente una ripercussione sopra quest' ultima.

Infine la psicosi, per i disturbi che le sono proprie, potrebbe influire sul funzionamento delle glandole a secrezione interna.

Ma queste differenti quistioni che ci limitiamo a sollevare reclamano ancora delle lunghe e pazienti ricerche.

Cura della paralisi progressiva.

Il prof. Pilz nel pubblicare i risultati ottenuti dal prof. Wagner negli esperimenti della tubercolina di Koch nella cura della paralisi progressiva eseguiti per due anni nella Clinica psichiatrica di Vienna afferma che nel 27 per cento di tutti i malati si è raggiunto un miglioramento così grande nelle condizioni fisiche e psicologiche, che essi poterono tornare alle loro occupazioni, ed i malati che erano stati messi sotto tutela dal Tribunale Civile, potettero essere da esso liberati.

Il prof. Pilz conchiude la sua relazione colle seguenti parole:

« La casuistica da me esposta deve spingere i medici pratici a far uso « della tubercolina pei casi di paralisi progressiva secondo il metodo del prof. Wagner. Giacchè bisogna tener presente anche questo fatto di grande importanza, che il medico privato, o medico di casa, è chiamato al letto dell' ammalato paralitico in un tempo senza paragone anteriore a quello in cui viene chiamato lo specialista delle malattie nervose e la psichiatra; e quindi in un tempo in cui il processo patologico cerebro-spinale si trova in uno stadio molto meno avanzato. La probabitità di un buo risultato dalla applicazione del metodo Wagner, mediante iniezioni di tubercolina sono quindi di gran lunga maggiori se il medico di casa sa applicare siffatto metodo.

Non solo nella Clinica del prof. Wagner per malattie nervose e nel reparto di Psichiatria vengono senza interruzione praticati gli esperimenti e le cure della paralisi progressiva colla tubercolina di Koch, ma anche fra i Professionisti privati di Vienna viene diffusamente praticato tale metodo di cura; i giornali politici ne parlano come di una buona conquista nel campo pratico.

La pressione cerebrale.

È una quistione illustrata da Tilmann. L'esperimento sugli animali insegna che la pressione lombare sovratutto dipende molto dalla posizione dell'animale, anche nell'uomo si possono verificare delle influenze analoghe. Negli animali d'esperimento per meglio valutare tali oscillazioni Tilmann ha praticato la puntura fra l'occipite e l'atlante.

Inoltre egli afferma che nella puntura ventricolare dell'uomo non fuoriesce spesso liquido e solo può essere rilevato dall'aspirazione per mezzo della puntura con la siringa; ciò che verrebbe a significare come nel ventricolo esiste una pressione negativa.

La p ntura ventricolare ci può rilevare bene le oscillazioni respiratorie; secondo lui nell'uomo non si potrebbe fissare un valore costante della pressione cerebrale in quanto che questa dipende dalla posizione del corpo.

Nelle condizioni patologiche si può ottenere fino a 50 mm. così casi di attacchi epilettici ed anc.ie in questo caso può riscontrarsi l'influenza delle oscillazioni respiratorie

Generalmente si manifestano i fatti di pressione solo quando è accaduto un restringimento di spazio di circa 5 0|0.

Esiste da questo punto di vista un particolare, che merita di venire chiarito ed è questo: alcune volte tumori voluminosi possono determinare aumento di pressione molto minore di quanto non vengono prodotti da tumori più piccoli.

La ragione della differenza sta innanzi tutto nella varia localizzazione, e da questo punto di vista si verificano nelle condizioni molto diverse per l'attuazione della papilla da stasi.

Poi Tilmann si ferma ad esaminare la questione delle emorragie intradurali; egli ha introdotto nelle vescicole contenenti 5 cm. di liquido di diverso siero fra la dura e la pia e constatava come potevano rilevarsi delle modificazioni a carico della pressione soltanto allora che il liquido introdotto nella vescicola avesse un peso specifico superiore a quello della sostanza cerebrale.

Quindi l'influenza della emorragia deve venire attribuita alla pressione che trasmettono.

Tilmann chiude facendo rilevare come l'edema cerebrale alcuna volta sia dovuta ad eccessiva piccolezza del cervello che reclama una trasudazione di siero per ricolmare il vuoto. — *(Deut. Med. Woch. N. 17, 1912).*

A.

Osteomi della dura madre in un epilettico.

Ducortè e Louny hanno presentato alla società Clinique de médicine mentale il cervello e le meningi di un epilettico nel quale l'autopsia ha rilevato quattro osteomi voluminosi della dura madre, situati in corrispondenza dei lobi frontali, del lobo occipitale sinistro e nella falce del cervello. Uno di questi osteomi, largo sei centimetri e lungo quattro aveva compresso la prima occipitale, che si mostrava atrofica. Queste formazioni ossee patologiche sembrano essersi costituite a spese del foglietto interno della dura madre; nessun segno aveva rivelato l'esistenza durante la vita del malato e la loro parte nella produzione ed evoluzione degli attacchi epilettici rimane, secondo gli A. oscura.

Vivani

Turbe nervose e mentali in tre casi di tumori primitivi della surrenale.

Gollai, alla Societè da Psychiatrie ha riferito su tre ammalati nei quali l'autopsia ha rivelato un tumore della surrenale e nei quali l'autore aveva osservato una sintomatologia, clinica dientica consistente in amenorrea, ipertricosi, atrofia muscolare, astenia, dolori a cintura, anzietà, alterazione del carattere, inversione sessuale, fine per cachessia. Si potrebbe dunque considerare questa sindrome come dipendente da un tumore primitivo della surrenale.

Vivani

Note su alcuni studi recenti sulla patogenesi dell' epilessiá.

Boston medical and chirurgical Iournal e la Liguria medica Numero 21-1912) — Giorn. Intern. Scienze Mediche, Fasc. 22 Novembre 1912.

In questi ultimi anni due punti sono stati messi in chiaro circa la natura e la cura dell'epilessia:

1. — quello dell'ereditarietà della malattia;

2. quello riguardante le alterazioni del metabolismo e la perversione della secrezione nelle glandole a secrezione interna.

Circa la eredità della forma idiopatica della malattia, la questione è tutt'altro che bene definita, nel senso che non si sa come l'eredità agisca a riguardo della trasmissibilità; d'altra parte le così dette forme idiopa-

tiche vanno ogni giorno più restringendosi di numero mano mano che i nuovi studi mettono in luce le cause che le producono; inoltre il nichilismo terapeutico a riguardo di dette forme e l'assolutismo degli eugenisti perdono terreno in quanto che si è visto appunto che molte di queste forme idiopatiche sono suscettibili di guarigione.

Dal punto di vista terapeutico si è studiato recentemente se i sali di calcio abbiano una qualche benefica influenza nelle forme idiopatiche; ma i risultati non sono molto incoraggianti. Migliori risultati si devono invece attendere dall'orientamento verso il concetto dell'autotossiemia. Il metodo di cura di Guelpa e Marie è sostanzialmente un metodo di disintossicazione e di rieducazione del canale alimentare; per quattro giorni gli infermi non prendono cibo ma solo dei lassativi; quindi dieta vegetariana in quantità moderata; ogni otto giorni si ricomincia il ciclo È un sistema di cura di assai difficile applicazione

Gl'importanti studi di Meyer sulla tossicità del sangue nell'epilessia idiopatica comparata con quella di individui normali o con epilessia non idiopatica tendono a dimostrare essere certamente giustificato il concetto di epilessia tossiemica, poichè il sangue di individui con epilessia essenziale è capace di produrre fenomeni convulsivi negli animali simili a quelli dell'avvelenamento per picrotossina. Avvalorano questi concetti anche le ricerche sulla ipertossicità delle urine negli epilettici, la quale aumenta dopo gli attacchi; iniettando le urine in animali si producono fenomeni spastici.

Un'altra serie di ricerche sperimentali hanno messo in chiaro che la sostanza tossica è contenuta nel siero del sangue e non nei corpuscoli rossi. Detto veleno è presumibilmente di origine endogena; si accumula gradatamente nell'organismo, fino al punto che si produce l'esplosione motoria sotto forma di attacco convulsivo.

La produzione di questa sostanza tossica è probabilmente da rapportare a funzione di organi a secrezione interna. In 12 casi Claude e Schmiergeld trovarono sclerosi atrofica nella tiroide con zone di ipertrofia compensatrice.

Dato il concetto dell'origine tossiemica dell'attacco convulsivo, la medicazione sedativa diviene assurda: l'epilettico deve essere considerato come un individuo incapace di eliminare o di neutralizzare certi prodotti del metabolismo caratterizzate dalla loro grande tossicità e dall'affinità per il sistema nervoso. Dal punto di vista chimico poco si sa sulla natura di questa sostanza tossica; certamente l'organismo dopo ogni attacco perde del fosforo. L'organoterapia e l'opoterapia non hanno dato nessun utile risultato. In conclusione:

1. — L'epilessia idiopatica sembra dipendere da un complesso di fattori ereditari non conosciuti, che producono una forma di instabilità

servare nelle nostre campagne insieme coi casi di pellagra anche forme di filariasi per infezione contratta in Oriente e sulle navi venete. E conclude dicendo, che queste nuove opinioni sono prodotto d' una insufficiente conoscenza della malattia tanto dal lato epidemiologico come da quello clinico e anatomo-patologico, e che non possono in alcun modo diminuire il concetto fondamentale de' provvedimenti contro la pellagra informati a una razionale sorveglianza dell'alimento maidico, ma più ancora a una *riduzione* del consumo, sostituendovi altri cereali più confacenti per l'alimentazione dell'uomo civile. In sostanza egli dice, che, qualunque possano essere i risultati degli studi sull'agente specifico della pellagra, bisogna tener ben presente che esso è impossibilitato a sviluppare la malattia negl' individui che non siano intossicati dal granturco, ottimo alimento per i maiali ma non per l'*homo sapiens*, e nè meno per gli animali nobili (cavallo) di cui si serve l'uomo per i suoi bisogni, ai quali si richiede non soltanto il lavoro bruto, ma anche l'intelligenza E lo stomaco, sopraccarico nel dirigere l'alimento maidico, consuma già fino dall'infanzia troppe energie e richiama a questi organi troppo sangue a detrimento della circolazione cerebrale. L'esempio più chiaro è il confronto della vita intellettiva e delle attitudini psichiche de' nostri contadini alimentati col mais, e degli altri lavoratori de' campi delle regioni vicine che si alimentano ora a preferenza con frumento. Ricorda come tutti gli agrari siano d'accordo nell'affermare *che la coltura del granturco non è redditiva* per molte ragioni che sono le più colpite dalla malattia; e allora ci si domanda perchè si continui col sistema di produzione di un alimento che, oltre ad essere nocivo, *rende poveri*. Più delle leggi in questo caso varrà la propaganda nelle classi rurali, e l'opera svolta dalle Cattedre ambulanti veramente ammirevole, dovrebbe essere intensificata. Ma dallo Stato vogliamo un concorso tale, che assicuri la possibilità di debellare in pochi anni questa malattia vergognosa come fatto sociale, perchè rappresenta le ultime vestigia di un passato economico che non ha più ragione d'essere nel momento presente.

Prof G. TIZZONI: *Studi sulla Etiologia della Pellagra*

Sono abbastanza vecchio, comincia egli, per sapere che, quando il terreno è imbevuto d'idee che hanno già avuto la loro applicazione, e giusta applicazione, è difficile produrre d'un colpo solo spostamenti dottrinali.

Il prof. Tizzoni allontana da sè anche il più lontano sospetto che egli possa, o voglia, mancare di rispetto alla memoria venerata di Cesare Lombroso, di cui fu discepolo e da cui ebbe anzi benefizi non dimenticabili. Il vero della scienza però è, e deve essere, sopra di noi, di tutti noi. Egli non sa se riuscirà a convincere il Congresso: sa però che lo farà certamente persuaso della profondità della sua propria convinzione.

Il prof. Tizzoni espone indi l'origine de' suoi studi a cui lo condusse il caso di trovarsi a Bassano davanti ad un pietosissimo caso di pellagra.

Non poteva convincersi come nel secolo XX una malattia potesse apparire così oscura. Egli aveva osservato a Bologna, ne' casi fulminanti di colera, il passaggio di germi nel circolo, con azione tossica sulla corteccia cerebrale, e donde la rapidissima morte: e ricercò se ne' casi di pellagra avuta e rapidamente mortale non si trattasse d'un processo analogo.

I primi saggi di ricerche batteriologiche non gli diedero risultati sodisfacenti. Continuò le ricerche ed ebbe in seguito risultati positivi.

Fra casi da lui osservati e controllati rigorosamente ha 91 osservazioni positive, di cui 89 sull'uomo. Sull'uomo ha trovato nel sangue 55 volte lo stesso germe. Nelle deiezioni, 9 volte risultano positivo. In casi acuti ha avuto 20 volte risultati positivi.

Importante, dice, era analizzare i singoli casi in rapporto alle diverse manifestazioni morbose, ed espone anche quì cifre e dati che l'assemblea segue con attenzione vivissima.

Importante dal lato clinico è che nelle forme di follia pellagrosa lo sviluppo del germe nella cultura si fa più rapidamente: così avviene in tutte le forme acute, rapidamente mortali.

Nelle forme volgari il Tizzoni non si è occupato delle percentuali limitandosi a rilevare dati che dice di grande importanza: su 17 casi, 15 positivi. In altro periodo, su 15 casi 3 soli positivi. Differenza colossale che non poteva a meno d'interessare, e che il Tizzoni è riuscito a spiegarsi ristudiando i casi de' due gruppi dopo una vera inchiesta.

Tale differenza l'O attribuisce a fenomeni immunitari.

Vennero in segnito le obiezioni che egli prende di fronte. Non ha dimostrato il focolaio batterico? Ma se egli ha potuto provare che il bacillo è nelle deiezioni; ciò non equivale alla dimostrazione del focolaio? E, quanto all'unità e alla specificità, egli non ha dimostrato la presenza del germe ne' pellagrosi ordinari? E, per le apparenze, non é noto il comportamento de' bacilli della polmonite e del tifo?

L'O. rivendica l'importanza e la rispettabilità delle sue statistiche, che gli danno diritto a chiamar positivo il risultato delle sue ricerche; e, inseguendo le critiche relative all'agglutinamento, passa ad esporre il suo metodo di esperienze, ch'è seguito con vivo interesse.

Dopo di che egli si domanda: C'è unità etiologica? C'è il germe specifico?

Il germe unico — egli risponde — c'è: nella guarigione esso non si riscontra più, ma, se l'individuo va a morte, si riscontra nel cadavere, come risulta dal caso ch'egli ha potuto studiare. E non solo c'è il tipo

solo, ma c'è anche il tipo specifico; e il prof. Tizzoni fa passare delle fotografie donde risultano gli elementi della sua convinzione.

— Certo, dice l'oratore, non si deve prendere solo quello che io ho fatto e pubblicato in principio. D'allora in poi ho studiato e fatto ancora.....

Ed infatti egli presenta dati e risultati inediti: e cioè dal maggior ad oggi.

Procedendo nella sua esposizione, egli viene alla questione del mais, e fa rilevare che gli animali iniettati non muoiono se non hanno mangiato o non mangiano mais. Quindi il rapporto tra mais e pellagra è innegabile A che cosa è dovuto? In che cosa consiste? Forse che il mais è un sensibilizzatore?

Riassume così la sua concezione:

Sul principio si ha un focolaio d'infezione, che sta nell'intestino, prodotto da un germe che ad un certo punto passa nel sangue; accade allora di solito una reazione immunitaria che dà un periodo di latenza al germe stesso. Più tardi in certe circostanze il materiale immunitario viene a mancare, e allora il germe si manifesta provocando la malattia.

Il prof. Tizzoni non crede d'aver bisogno di dimostrare l'alto valore diagnostico delle sue ricerche; e, quanto al loro valore terapeutico, egli riconosce esplicitamente il coefficiente dell'alimentazione maidica.

E conclude che la cosa più importante gli pare oggi quella non di dividere, ma di unire le forze; e perciò fa voto che si fondi una stazione dove potere studiare, tutti e nel solo intento del vero scientifico, e si augura che ciò egli possa vedere prima di chiudere la sua vita.

Dott. V. L. Camurri: *L'etiologia della Pellagra nel giudizio dei Medici Condotti in Italia.*

L'O., passate in rassegna le diverse teorie etiologiche della pellagra, riferisce il giudizio dei medici condotti d'Italia, che ritiene importantissimo perchè emesso da « tecnici » che vivono a contatto col pellagroso, che ne avvertono gli albori del male, la sua evoluzione e risoluzione, che conoscono la vita di lavoro, la casa, le abitudini e persino i pensieri dell'infelice colpito. È lieto di dichiarare che furono numerosi i medici che hanno risposto al suo appello da ogni parte d'Italia e precisamente 385, dei quali però tiene conto solamente di 247, cioè di quei medici che hanno ancora *tutt'oggi* in osservazione individui pellagrosi.

L'O. rileva che la sua inchiesta, com'è facile rilevare dal questionario ha quadruplice scopo:

1. — stabilire il numero de' pellagrosi;

2. — risolvere il problema etiologico;



3. — precisare il quadro diagnostico;

4. — indicare i mezzi migliori per combattere la pellagra.

Il numero dei pellagrosi *in generale* è diminuito, specie in questi ultimi anni, e la diminuzione è in diretto rapporto con le migliorate condizioni economiche, ed è più sensibile dove furono adottati i provvedimenti voluti dalla legge sulla pellagra. L' O. riassume così l' opinione de' colleghi a proposito dell' etiologia:

a) *Pellagra senza mais: nessun caso.*

Sette colleghi han manifestato de' dubbi a questo proposito, ma nessuno ha escluso il mais in via assoluta dall' alimentazione. Il medico di Montescudo (Forlì) ritiene come causa patogenetica l' alcool, quelli di Bernareggio (Milano) e Trezzano Rosa (Milano) l' alcool e l' ereditarietà, il medico di Zinasco (Pavia) qualche agente infettivo tuttora ignoto, quello di Caorso (Piacenza) una discrasia da bilancio nel ricambio, quello di Gualdo Tadino (Perugia) speciali condizioni di ambiente, e in fine quello di Piagge (Pesaro) forse gli eccessivi strapazzi.

b) *Pellagra dovuta ad alimentazione (insufficiente* (Teoria di Lussana): 87 medici.

c) *Pellagra dovuta ad intossicazione:* 8 medici.

d) *Pellagra dovuta ad infezione:* 8 medici.

e) *Pellagra dovuta ad alimentazione insufficiente e causa occasionale tossica* (Teoria mista): 66 medici.

Diversi medici hanno messo tra i fattori che predispongono l' organismo alla pellagra la cattiva qualità delle acque, le abitazioni malsane, l' eccessivo lavoro, ecc, ma nessuno ha fatto rilevare un rapporto diretto tra l' acqua e la pellagra come vorrebbe l' Alessandrini, nessuno ha citato osservazioni proprie od altrui per avvalorare la teoria de' simulidi del Sambon.

E, sempre riferendosi alle nuove teorie, dice che dai colleghi che ritengono la pellagra dovuta ad infezione non si fa cenno dello streptobacillus del Tizzoni.

A proposito della *diagnosi* furono riscontrati tutti i sintomi noti della pellagra raggruppati ne' tre sistemi fondamentali: tegumentario, gastro-enterico e nervoso.

I mezzi consigliati ed adottati dai medici condotti sono quelli indicati e discussi dai nostri congressi, sono quelli stessi che costituiscono il programma di lotta delle nostre Commissioni pellagrologiche. Ebbene, con questi mezzi, così si esprime l'O., il numero de' pellagrosi è diminuito. Facciamo anche una constatazione più importante: Ne' comuni (e fu notato dal collega) ove si è fatta della lotta esclusivamente a base maidica (come per es. a Passignano e Castel Rigone (Perugia) Villafranca Veronese,

Azzano Decimo (Udine), Conca di Rame (Rovigo), Calvezano, Misano d'Adda (Bergamo), Arluno, Turbigo, Nosate (Milano), Costa de' Nobili (Pavia, ecc. ecc.), cioè con l'abolizione o con la forte limitazione del mais sono scomparsi i pellagrosi, o ne son rimasti pochi generalmente vecchi; certo non si verificano casi nuovi. E notiamo il fatto invero: a Bagolino (Brescia), dove la pellagra era in forte diminuzione quando vi erano fiorenti le industrie delle pelli, ora che queste non ci sono più la popolazione, piombata nella miseria, è costretta a tornare alla polenta, e la pellagra va aumentando.

L'O. poi riferisce i risultati delle sue osservazioni fatte nel comune di Padova per incarico dell'amministrazione comunale che ha l'onore di rappresentare al Congresso. Ha riscontrato che il numero de' pellagrosi (1300) è stazionario, e dice che ciò può dipendere:

a) dalla persistenza dell'alimentazione maidica quantunque sia migliorato in genere il tenore di vita;

b) dall'abuso di alcool;

c) dai *casoni*, luride stamberghe prive d'aria, di luce e di cubatura;

d) dall'agricoltura locale, che non ha mai tentato di sostituire *definitivamente* la coltivazione del mais con altre colture più convenienti;

e) dalla deficienza di provvedimenti profilattici;

f) dalla mancanza di una coscienza igienica popolare.

L'O. esclude in via assoluta la possibilità della pellagra senza mais. « In alcuni individui sospetti, così si esprime, specie se provenienti da famiglie agiate, ho fatto ricerche, ed ho fatto ricercare scrupolosamente, ma ho dovuto convincermi che fecero uso di alimentazione maidica ».

Ha controllato la distribuzione de' pellagrosi lungo i fossi ed i canali, presso stagni ed in riva al Bacchiglione, ma non ha notati che casi isolati e non focolai per cui si possa sospettare il contagio della malattia.

Man mano che l'acquedotto della città si allunga e si distende nel suburbio, è facile rilevare la lenta e progressiva diminuzione delle malattie infettive (tifo), ma la pellagra è sempre stazionaria, vuoi là dove da tanti anni si beve acqua ottima, vuoi in quei casoni dispersi in mezzo ai campi che attingono l'acqua dai pozzi dove hanno sovrano imperio la floria e la fauna le più sudicie.

A proposito di maiz dice l'O. stanno di fronte due ipotesi principali:

a) il maiz sano può produrre la pellagra;

b) non è ancora dimostrato che il maiz guasto sia dannoso.

L'O. fa notare che ha ripetuto solo poche esperienze sugli animali perchè già fatte altre volte da diversi autori, quali l'Audenino, e già discusse anche nel precedente Congresso. Richiama l'attenzione del Con-

gresso su ricerche che sta compiendo in collaborazione col prof. Vanzetti nel Laboratorio di Chimica generale dell' Università di Padova, per vedere se è possibile determinare la natura del veleno maidico, e fa rilevare come in una soluzione oleosa di maiz guasto estratto con etere etilico sia evidente una reazione che è caratteristica per un certo gruppo di sostanze appartenenti alla serie aromatica, quali ed es. i derivati cinnamici a funzione fenolica. La ricerca e la separazione di tale sostanza si farà sistematicamente; resterà poi a decidersi se in essa è la causa del potere venefico evidentissimo dell' estratto etereo esperimentato sui topi bianchi.

Ora, continua l'O., se è permesso dedurre qualche conclusione da queste serie ricerche, non ci pare esagerato affermare che un veleno realmente esiste nel mais guasto, e che negli animali l' alimentazione maidica sana produce fenomeni di impropria alimentazione, e non fenomeni tossici, come nel caso di alimentazione maidica guasta; dobbiamo concludere che i fenomeni di anafilassi riscontrati hanno carattere specifico, non essendosi constatati nè in conigli sani, nè in malati d' altre affezioni.

La questione poi de' simulidi e delle filaridea è ormai definitivamente risolta; l'epidemiologia ha fatto giustizia. In ogni modo saranno i loro sostenitori che dovranno portare le prove, e noi, magari, potremo convenire per analogie di sindrome, in qualche forma di *para* od *ortopellagra*, che non *potrà mai essere la pellagra da mais.*

Rimane l' ultimo punto controverso, ed è che la pellagra sia dovuta alla insufficienza alimentare del mais.

Anche l' O. crede all' insufficienza alimentare del mais, ma non nello stesso modo del Lussana.

Il fisiologo di Padova sosteneva che il maiz era insufficiente perchè conteneva poche sostanze proteiche, mentre invece l' esperienza ha dimostrato che la loro quantità è superiore ai bisogni dell' uomo.

A sua volta, l'O., con le ricerche sul ricambio de' pellagrosi, ha ben messo in evidenza che sono le sostanze minerali che fanno del mais un alimento incompleto, ed è « appunto alla scadente ed alterata proporzione « delle sostanze minerali che egli attribuisce la insufficienza alimentare « del mais ».

Ma l' insufficienza alimentare del mais per sè sola non è causa di pellagra, come ritiene il Lussana, come ritengono molti medici. L' alimentazione maidica sana è senza dubbio fattore più importante del binomio patologico, ma occorre anche l' altro fattore, il veleno ifomicetico, per produrre la pellagra.

Il mais fornisce senza dubbio il pabulum vitae migliore alle muffe, però non è substrato necessario; anche il grano, le castagne, ecc., possono

servire come terreno da cultura alle muffe ancorchè la vegetazione non sia abbondante ed il veleno sia prodotto in quantità minime.

Può avvenire quindi che l'individuo mangi mais sano e introduca nell'organismo veleno ifomicetico prodotto dalle muffe in altro substrato. E questa eventualità può spiegare l'ipotesi de' colleghi; ma la spiegazione migliore è data secondo l'O. della seguente constatazione.

Data la facoltà che ha la farina di guastarsi facilità ammessa da tutti gli osservatori, può darsi che i collegi, basandosi su informazioni delle famiglie, abbiamo ritenuto sana la farina effettivamente alterata.

L'O. lo desume dal questionario, perchè nessuno di coloro che credono nella teoria del Lussana fece ricerche sul mais o sulla farine.

A proposito della diagnosi, l'O. conferma quello che ebbe a dire anche in precedenza agli altri Congressi come frutto de' suoi studi, e precisamente: « L'individuo che nelle peculiari condizioni nelle quali vegeta « l'endemia pellagrosa ha positiva la ricerca delle mais-precipitine nel « siero di sangue, e per un certo periodo di tempo (6-8 giorni) a vitto co- « stante nelle orine ipoacidità ed ipercloruria, è un pellagroso agli stati « iniziali del male ».

Per combattere la pellagra, oltre i provvedimenti finora escogitati, l'O. propone in un ordine del giorno che viene approvato dal Congresso:

1. — la riforma alimentare;

2. — la profilassi de' bambini predisposti tanto de' figli de' pellagrosi come di quelli che, pur non avendo genitori intossicati, hanno tendenze fisiologiche funzionali analoghe;

3. — la istituzione di un ambulatorio pellagrologico in ogni capoluogo di Provincia che, centro di propaganda, dia unità d'indirizzo alla diagnosi e alla cura della pellagra, che dirima ogni eventuale questione tra medici e autorità per la rigorosa applicazione della legge sulla pellagra.

Prof. BABES (Bukarest): *Su l'etiologia della Pellagra.*

L'eminente pellagrologo, discorrendo delle diverse teorie, dichiara la sua adesione alla tradizionale teoria italiana, discendente dagli studi del Lombroso. Egli dice che nel mondo scientifico sono ormai principii stabiliti:

1. — che i provvedimenti italiani contro la pellagra, se bene applicati, dànno risultati sicuri contro la pellagra;

2. — che le statistiche dimostrano il rapporto tra mais guasto e pellagra;

3. — che nessun fatto stabilito ci autorizza ad abbandonare i principi suddetti.

Il prof. Babes, rilevando che là pellagra è diffusa in molti paesi, vagheggia l'istituzione d'un comitato internazionale per gli studi sulla pellagra; e vorrebbe che questa iniziativa fosse presa dall'Italia.

Venendo poi ai risultati de' propri studi in Rumania, egli dice che ha cercato il microbo « qui entre bien dans la pellagra » con tutt'i mezzi possibili e che erano a sua disposizione. Ebbene: egli non ha trovato che microbi volgari; il più frequentemente uno streptococco, e questo assai somigliante ad altri bacteri che si trovano in altre malattie croniche.

Dott. G. Volpino: *Fenomeni anafilattici nei pellagrosi in seguito all'iniezione sottocutanea di estratto acquoso in maiz guasto.*

Ecco le conclusioni:

1. — Gl'individui, affetti da pellagra, inoculati sottocute, o nelle masse muscolari con una quantità di estratto acquoso di maiz guasto, insufficiente a produrre fenomeni di qualche entità nella grande maggioranza degl'individui non pellagrosi, presentano generalmente, dopo alcune ore, reazione d'impersensibilità, talora molto accentuata. Questa reazione si manifesta con stupore. sonnolenza e stato semi-comatoso, o pure con eccitamento forte psichico e nervoso. Accompagnano questi fenomeni acceleramento del polso, dispnea, elevamento di temperature, talora fino al 40° C.; spesso anche vomito, aumento della peristalsi con eliminazione di fecce diarroiche e miste a sangue; qualche volta, in fine, accentuamento degli eritemi cutanei.

2. — La differenza nella reazione per tale inoculazione fra gl'individui pellagrosi ed i non pellagrosi è così marcata, che questi ultimi non reagiscono in modo apprezzabile, nel maggior numero de' casi, neanche di fronte a dosi molte volte multiple di quelle che bastano a provocare una reazione evidente negl'individui pellagrosi;

3. — L'impersensibilità dell'individuo pellagroso è specifica e limitata al solo estratto di maiz guasto; l'estratto di maiz sano è incapace di provocare una reazione anche solo di mediocre intensità;

4. — La sostanza che determina la reazione si estrae da campioni di maiz guasto, addizionando il cereale triturato con 3-4 volte il proprio volume di soluzione fisiologica di cloruro di sodio e poscia tenendolo per 6 ore in bagnomaria a 55° C.; filtrando e sterilizzando per candela Chamberland o nell'autoclave a 110° C.;

5. — La sostanza attiva, alla quale gli AA. hanno dato il nome di « pellagrogenima », è solubile nell'acqua, precipita per aggiunta alla soluzione acquosa concentrata di circa 20 volumi di alcool assoluto, resiste a temperature di 110°-115° C. ed è poco tossica per gli animali, ed in generale per gli uomini non pellagrosi;

6. — I caratteri specifici della reazione d'ipersensibilità ne' pellagrosi, già ben evidenti quando si inietta la soluzione bruta di questa sostanza, si fanno più marcati adoperando la pellagrogenina precipitata con l'alcool e ridisciolta in acqua;

7. — I risultati ottenuti dalle 84 esperienze eseguite finora con questa sostanza, oltre a farla ritenere come specifica ne' rapporti della pellagra, inducono gli AA. a proporla come mezzo pratico di reazione anafilattica per la diagnosi della pellagra stessa. Per ottenere a tal uopo la reazione specifica, in grado apprezzabile e non pericoloso in individui sospetti di essere affetti da pellagra, si deve fare un'iniezione di 1-2 cmc. di soluzione acquosa sterilizzata a 100° C. per mezz'ora nella pentola, o pure a 110° C. per I nell'autoclave di pellagrogenina pura al. 10 %;

8. — L'aver constatato una facoltà di reazione specifica nell'individuo pellagroso, di fronte alla pellagrogenina, invita in fine a tentare una cura profilattica della pellagra mediante un procedimento immunizzatorio con iniezioni sebentranti ed a dosi progressivamente più forti di questa sostanza.

CESARE-BIANCHI, a proposito della interessante relazione di Volpino, ricorda le ricerche da lui compiute nella stessa direttiva con la collaborazione del dott. Vallardi.

Da queste ricerche risulta che gli animali (cavie), sottoposti per un certo periodo di tempo ad un'alimentazione, prevalentemente o solo in paste maidica, con mais guasto o con mais buono, presentano tutti un grado spiccato di ipersensibilità verso tutti gli estratti di mais, che, introdotti nelle vene, determinano già a dosi piccolissime l'insorgenza di fenomeni assai gravi, del tutto simili ai fenomeni inafilattici, ben presto seguiti dalla morte.

È quindi del parere che la reazione ottenuta da Volpino ne' pellagrosi debba rientrare nel quadro della reazione anafilattica.

Ritiene però che non si possa parlare di reazione specifica per i pellagrosi e, proprio soltanto degli estratti di mais guasto. Le sue ricerche invece lo portano a sostenere che si tratti di una reazione de' mangiatori abituali di mais e che si può ottenere tanto con gli estratti di mais guasto che con quelli di mais di ottima qualità.

Le ricerche cliniche difatti istituite in collaborazione col dott. D. Valtorta, in 10 pellagrosi ed in 10 controlli, trattati con estratti di mais buono (iniezione sottocutanea di 1 ecc.), hanno dato 10 reazioni posive (generale e locale) ne' pellagrosi e 2 nei controlli.

Nota in fine che in qualche caso delle dosi usate la reazione generale può essere molto grave.

Dott. ALDO PERRONCINO. — Per l'esattezza storica ed anche, fino ad

un certo punto, a difesa della propria opera, deve incominciare da una rettifica.

L'O. ha pubblicato per primo ricerche su una serie di casi gravi di pellagra, in cui non gli fu possibile di isolare dal sangue il microrganismo descritto da Tizzoni; queste ricerche furono poi confermate da parecchi osservatori, e l'O stesso ha ripetuto più tardi le ricerche su un'altra serie di casi sempre con lo stesso risultato negativo.

A questo proposito Tizzoni ha affermato che egli ha ottenuto la cultura dal sangue del suo streptobacillo soltanto recentissimamente e quindi tutti i risultati negativi sarebbero dovuti, secondo lui, al fatto che, quando queste ricerche vennero eseguite, non si conosceva ancora il metodo per coltivarle. Me, a questo proposito, Perroncito osserva, che Tizzoni aveva annunziato fin dal 1909 di aver isolato il bacillo dal sangue de' pellagrosi comuni (1) e che nell'eseguire le culture dal sangue egli ha segui o esattamente anche il metodo che il prof. Tizzoni, nella sua esposizione fatta al Congresso, ha indicato come il più adatto.

Il dott. BRAVETTA, che fu della sottocommissione pellagrologica lombarda lavorando con Tizzoni, Fiorani e Terni, dice che si è discaccato per lavorare per conto proprio e perchè non gli pareva di vedere ciò che gli altri vedevano. Fa una carica a fondo contro le esperienze del Tizzoni, portando una serie di fatti che lo inducono a conclusioni affatto opposte a quelle del Tizzoni, arrivando ad affermare, tra i rumori di diversi congressisti, che il Tizzoni gli scrisse di aver trovato lo streptococco della pellagra in un certo sangue da lui inviatogli e che per pura combinazione si era dimenticato di avvertire che quel sangue non apparteneva a persona pellagrosa.

CESA BIANCHI espone i risultati ottenuti dalle ricerche da lui istituite e da altri suoi colleghi nella direttiva di Tizzoni.

In 37 pellagrosi, presentanti i più diversi stadi della malattia, forme prepellagrose, forme lievi, forme medie e forme gravi di pellagra, ha eseguito semine dal sangue, ne' suoi diversi mezzi di cultura, con la tecnica batteriologica comune, senza mai avere isolato microrganismi di sorta.

In 12 di questi casi, e più precisamente nelle forme più tipiche e più gravi di pellagra, ha ripetuto le semine, seguendo la tecnica di Tizzoni, in tutt' i snoi dettagli, finora noti.

Risultati furono sempre e costantemente negativi, anche seguite le culture per oltre 20 giorni dalla semina. Se ai casi riportati dall'O. si aggiungono i 10 casi di Perroncini e quelli del Bezzola (3 casi di tifo pellagroso), tutti con esito ugualmente negativo, l'O. ritiene che finora non si possa considerare come sufficientemente provata la teoria microbica del Tizzoni per l'etiologia della pellagra.

L' O. discute poi a lungo la relazione di Tizzoni, sostenendo che nessuno de' tre postulati di Koch si può dire finora provato ne' rapporti dello streptobacillo di Tizzoni come come causa di pellagra.

Si diffonde specialmente sulla mancata riproduzione della malattia negli animali, sostenendo che i fenomeni morbosi ed il quadro anatomopatologico descritto dal Tizzoni nelle cavie infettate col suo microrganismo per via gastrica — « e nutrite almeno in parte con mais » — corrispondono, si può anzi dire che coincidono, con quanto si verifica alimentando per un certo tempo le cavie, in tutto od in parte, con mais guasto e con mais buono, senza infezione con microrganismi di sorta.

Sulla questione fondamentale il Congresso approva il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso Pellagrologico italiano, udite le singole relazioni sulla etiologia della pellagra; ritenuto che le molte teorie po te recentemente di fronte al concetto Lombrosiano hanno con questo di comune il principio di mantenere la tutela maidica sancita dalla legge vigente, come base della profilassi sociale della pellagra;

« ribadisce la necessità che i concetti ai quali si inspira la legge presente rappresentino tuttora la guida più sicura sulla profilassi della pellagra ».

LA CHIUSURA.

I Congressisti della sezione medica, che hanno discusso nell' aula maggiore del Consiglio Provinciale, vengono ora a riunirsi nella « Sala di Ulisse » ai congressisti della sezione legislativa.

Come sintesi e conclusione de' lavori del Congresso alcuni congressisti, tra cui i proff. Perroncito, Pieraccini, Stefani, Antonini, i dott. Camurri, Maffi ed altri, propongono il seguente ordine del giorno che viene approvato ad unanimità:

« Il V Congresso Pellagrologico Italiano,

udita la discussione sullo stato delle conoscenze, riguardo alla eziologia della pellagra:

afferma la propria fiducia nelle attuali disposizioni legislative e ne invoca la più rigida applicazione.

Constatando inoltre il chiaro rapporto che esiste fra alimentazione maidica, condizioni economiche del contadino e diffusione della pellagra;

constatando che le tristi condizioni economiche del contadino sono spesso dovute a circostanze create artificialmente dal patto colonico, indipendentemente dalla fertilità delle terre;

ritenendo che sia possibile, ove si voglia fermamente, di giungere a dirimere questi due fattori dell' endemia pellagrosa in un tempo fors' anco relativamente breve;

fa voti perchè tutte le forze vive del paese si mettano per questa via con ferma fede che essa condurrà alla scomparsa della pellagra dalla nostra patria ».

A proposito della sede del nuovo prossimo Congresso, si fanno i nomi di Roma, Verona e Mantova, ma, dopo animata discussione, si delibera di lasciare facoltà di scelta al Comitato ordinatore.

Il Congresso si scioglie non prima d'aver ringraziato tutte le autorità del Comune e della Provincia per le accoglienze veramente eccezionali ricevute, completamento delle quali fu la gita alla Fonte Bracca e a S. Pellegrino alle cui Direzioni vanno i sensi del nostro animo grato.

DOTT. VINCENZO LUIGI CAMURRI
Medico Comunale di Padova

La paralisi progressiva giovanile.

Anatomia patologica e sintomatologica della forma giovanile di paralisi generale.

La somma di paralisi generale che può svilupparsi nei giovani con eredità nevropsicopatica e luetica ha una prognosi infausta e dura da 3 a 5 anni. Arsiwales e Halberetadt ne hanno visto spesso l'insorgenza con paralisi agli arti inferiori e con attacchi apoplettiformi.

Si riscontra anatomo patologicamente: ispessimento delle meningi. Notevole atrofia del cervello in totalità; l'atrofia specialmente interessa le circonvoluzioni frontali. Frequenti focolai di rammollimento e non rara endo-arterite sifilitica. Istologicamente si notano nella corteccia cellule atipiche a due o più nuclei; atrofia delle fibre, specie torrenziali.

Vi è inoltre infiltrazione leucocitaria. Le stesse alterazioni si sono riscontrate anche nel cervelletto e probabilmente stanno in rapporto colla sifilide ereditaria. Sono pure presenti delle lesioni nel midollo spinale, specie nella porzione lombare. Non vanno immuni neppure i nervi cranici.

È di caratteristico nella sintomatologia la marcia a gambe divaricate, le contratture ed il frequente associarsi dei sintomi di poliomielite e di scerosi laterali.

Note sullo stato delle glandole a secrezione interna in qualche caso di alienazione mentale.

L'influenza delle glandole a secrezione interna sopra il metabolismo generale dell'organismo, e per ciò anche sopra l'insieme delle sue funzioni, è uno dei fatti meglio stabiliti dalla scienza.

La descrizione che precede mostra che le alterazioni delle glandole a secrezione interna sono frequentissime presso gli alienati, e sopra tutto presso i dementi dei differenti gruppi psichiatrici.

Senza volere troppo insistere su questi casi che noi diamo piuttosto a titolo di documentazione, noi facciamo rimarcare che il problema dello stato delle glandole a secrezione interna nella psichiatrica presenta due aspetti sui quali conviene fissare l' attenzione.

Le alterazioni possono preesistere alla psicosi e contribuire a creare il terreno su cui quest' ultimo apparisce, oppure sono esse un risultato della stessa causa che ha prodotto la psicosi ciò che non impedisce loro per altro di avere secondariamente una ripercussione sopra quest' ultima.

Infine la psicosi, per i disturbi che le sono proprie, potrebbe influire sul funzionamento delle glandole a secrezione interna.

Ma queste differenti quistioni che ci limitiamo a sollevare reclamano ancora delle lunghe e pazienti ricerche.

Cura della paralisi progressiva.

Il prof. Pilz nel pubblicare i risultati ottenuti dal prof. Wagner negli esperimenti della tubercolina di Koch nella cura della paralisi progressiva eseguiti per due anni nella Clinica psichiatrica di Vienna afferma che nel 27 per cento di tutti i malati si è raggiunto un migliormento così grande nelle condizioni fisiche e psicologiche, che essi poterono tornare alle loro occupazioni, ed i malati che erano stati messi sotto tutela dal Tribunale Civile, potettero essere da esso liberati.

Il prof. Pilz conchiude la sua relazione colle seguenti parole:

« La casuistica da me esposta deve spingere i medici pratici a far uso « della tubercolina pei casi di paralisi progressiva secondo il metodo del prof. Wagner. Giacchè bisogna tener presente anche questo fatto di grande importanza, che il medico privato, o medico di casa, è chiamato al letto dell' ammalato paralitico in un tempo senza paragone anteriore a quello in cui viene chiamato lo specialista delle malattie nervose e la psichiatra; e quindi in un tempo in cui il processo patologico cerebro-spinale si trova in uno stadio molto meno avanzato. La probabitità di un buo risultato dalla applicazione del metodo Wagner, mediante iniezioni di tubercolina sono quindi di gran lunga maggiori se il medico di casa sa applicare siffatto metodo.

Non solo nella Clinica del prof. Wagner per malattie nervose e nel reparto di Psichiatria vengono senza interruzione praticati gli esperimenti e le cure della paralisi progressiva colla tubercolina di Koch, ma anche fra i Professionisti privati di Vienna viene diffusamente praticato tale metodo di cura; i giornali politici ne parlano come di una buona conquista nel campo pratico.

La pressione cerebrale.

È una quistione illustrata da Tilmann. L'esperimento sugli animali insegna che la pressione lombare sovratutto dipende molto dalla posizione dell'animale, anche nell'uomo si possono verificare delle influenze analoghe. Negli animali d'esperimento per meglio valutare tali oscillazioni Tilmann ha praticato la puntura fra l'occipite e l'atlante.

Inoltre egli afferma che nella puntura ventricolare dell'uomo non fuoriesce spesso liquido e solo può essere rilevato dall'aspirazione per mezzo della puntura con la siringa; ciò che verrebbe a significare come nel ventricolo esiste una pressione negativa.

La puntura ventricolare ci può rilevare bene le oscillazioni respiratorie; secondo lui nell'uomo non si potrebbe fissare un valore costante della pressione cerebrale in quanto che questa dipende dalla posizione del corpo.

Nelle condizioni patologiche si può ottenere fino a 50 mm. così casi di attacchi epilettici ed anche in questo caso può riscontrarsi l'influenza delle oscillazioni respiratorie

Generalmente si manifestano i fatti di pressione solo quando è accaduto un restringimento di spazio di circa 5 0[0.

Esiste da questo punto di vista un particolare, che merita di venire chiarito ed è questo: alcune volte tumori voluminosi possono determinare aumento di pressione molto minore di quanto non vengono prodotti da tumori più piccoli.

La ragione della differenza sta innanzi tutto nella varia localizzazione, e da questo punto di vista si verificano nelle condizioni molto diverse per l'attuazione della papilla da stasi.

Poi Tilmann si ferma ad esaminare la questione delle emorragie intradurali; egli ha introdotto nelle vescicole contenenti 5 cm. di liquido di diverso siero fra la dura e la pia e constatava come potevano rilevarsi delle modificazioni a carico della pressione soltanto allora che il liquido introdotto nella vescicola avesse un peso specifico superiore a quello della sostanza cerebrale.

Quindi l'influenza della emorragia deve venire attribuita alla pressione che trasmettono.

Tilmann chiude facendo rilevare come l'edema cerebrale alcuna volta sia dovuta ad eccessiva piccolezza del cervello che reclama una trasudazione di siero per ricolmare il vuoto. — *(Deut. Med. Woch. N. 17, 1912).*

A.

Osteomi della dura madre in un epilettico.

Ducortè e Louny hanno presentato alla società Clinique de médicine mentale il cervello e le meningi di un epilettico nel quale l'autopsia ha rilevato quattro osteomi voluminosi della dura madre, situati in corrispondenza dei lobi frontali, del lobo occipitale sinistro e nella falce del cervello. Uno di questi osteomi, largo sei centimetri e lungo quattro aveva compresso la prima occipitale, che si mostrava atrofica. Queste formazioni ossee patologiche sembrano essersi costituite a spese del foglietto interno della dura madre; nessun segno aveva rivelato l'esistenza durante la vita del malato e la loro parte nella produzione ed evoluzione degli attacchi epilettici rimane, secondo gli A. oscura.

Vivani

Turbe nervose e mentali in tre casi di tumori primitivi della surrenale.

Gollai, alla Societè da Psychiatrie ha riferito su tre ammalati nei quali l'autopsia ha rivelato un tumore della surrenale e nei quali l'autore aveva osservato uua sintomatologia, clinica dientica consistente in amenorrea. ipertricosi, atrofia muscolare, astenia, dolori a cintura, anzietà, alterazione del carattere, inversione sessuale, fine per cachessia. Si potrebbe dunque considerare questa sindrome come dipendente da un tumore primitivo della surrenale.

Vivani

Note su alcuni studi recenti sulla patogenesi dell' epilessia.

Boston medical and chirurgical Iournal e la Liguria medica Numero 21-1912) — Giorn. Intern. Scienze Mediche, Fasc. 22 Novembre 1912.

In questi ultimi anni due punti sono stati messi in chiaro circa la natura e la cura dell'epilessia:

1. — quello dell'ereditarietà della malattia;

2. — quello riguardante le alterazioni del metabolismo e la perversione della secrezione nelle glandole a secrezione interna.

Circa la eredità della forma idiopatica della malattia, la questione è tutt'altro che bene definita, nel senso che non si sa come l'eredità agisca a riguardo della trasmissibilità; d'altra parte le così dette forme idiopa-

tiche vanno ogni giorno più restringendosi di numero mano mano che i nuovi studi mettono in luce le cause che le producono; inoltre il nichilismo terapeutico a riguardo di dette forme e l' assolutismo degli eugenisti perdono terreno in quanto che si è visto appunto che molte di queste forme idiopatiche sono suscettibili di guarigione.

Dal punto di vista terapeutico si è studiato recentemente se i sali di calcio abbiano una qualche benefica influenza nelle forme idiopatiche; ma i risultati non sono molto incoraggianti. Migliori risultati si devono invece attendere dall' orientamento verso il concetto dell' autotossiemia. Il metodo di cura di Guelpa e Marie è sostanzialmente un metodo di disintossicazione e di rieducazione del canale alimentare; per quattro giorni gli infermi non prendono cibo ma solo dei lassativi; quindi dieta vegetariana in quantità moderata; ogni otto giorni si ricomincia il ciclo È un sistema di cura di assai difficile applicazione

Gl' importanti studi di Meyer sulla tossicità del sangue nell' epilessia idiopatica comparata con quella di individui normali o con epilessia non idiopatica tendono a dimostrare essere certamente giustificato il concetto di epilessia tossiemica, poichè il sangue di individui con epilessia essenziale è capace di produrre fenomeni convulsivi negli animali simili a quelli dell' avvelenamento per picrotossina. Avvalorano questi concetti anche le ricerche sulla ipertossicità delle urine negli epilettici, la quale aumenta dopo gli attacchi; iniettando le urine in animali si producono fenomeni spastici.

Un' altra serie di ricerche sperimentali hanno messo in chiaro che la sostanza tossica è contenuta nel siero del sangue e non nei corpuscoli rossi. Detto veleno è presumibilmente di origine endogena; si accumula gradatamente nell' organismo, fino al punto che si produce l' esplosione motoria sotto forma di attacco convulsivo.

La produzione di questa sostanza tossica è probabilmente da rapportare a funzione di organi a secrezione interna. In 12 casi Claude e Schmiergeld trovarono sclerosi atrofica nella tiroide con zone di ipertrofia compensatrice.

Dato il concetto dell' origine tossiemica dell' attacco convulsivo, la medicazione sedativa diviene assurda: l' epilettico deve essere considerato come un individuo incapace di eliminare o di neutralizzare certi prodotti del metabolismo caratterizzate dalla loro grande tossicità e dall' affinità per il sistema nervoso. Dal punto di vista chimico poco si sa sulla natura di questa sostanza tossica; certamente l' organismo dopo ogni attacco perde del fosforo. L' organoterapia e l' opoterapia non hanno dato nessun utile risultato. In conclusione:

1. — L' epilessia idiopatica sembra dipendere da un complesso di fattori ereditari non conosciuti, che producono una forma di instabilità

corticale e sottocorticale, sulla quale può una varietà di tossine endogene, causando la malattia;

2. — L'accesso è una manifestazione di un'azione riflessa, e come tale non potrebbe essere efficacemente arrestato dalle sostanze sedative per se stesse.

Annali di studi psichiatrici dell'Università di Roma. Diretto dal prof. Tamburini. *(Vol. VII 1911)*.

Gli argomenti che sono stati svolti in questi Annali e che stanno a mostrare il magistrale indirizzo scentifico dell'Illustre clinico dell'Università di Roma, sono così importanti ed hanno portato un tale contributo scentifico nel campo delle malattie nervose e mentali che non possono essere convenientemente riassunti. Meritano di essere letti e studiati e di essi ci limitiamo ad esporre il titolo:

Tamburini. — « La Società Freniatrica e la Psichiatrica Italiana ». *Discorso inaugurale del XIV Congresso Psichiatrico Italiano in Perugia.*

Tamburini. — L'evoluzione odierna della Psichiatria e l'opera di Kraëpelin.

Perusini. — Sopra speciali cellule degli infiltrati nel sistema nervoso centrale (con 5 tavole e 10 figure).

Forlì. — Su alcuni recenti discussioni intorno alla demenza precoce.

Tamburini. — I periti medici nei processi penali e le perizie psichiatriche.

Cerletti. — I nuovi ausili portati dall'Istopatologia alla conoscenza della psicosi « funzionali ».

Forlì. — Le ulteriori indagini sul preparato Ehrlich-Hata (606).

Tamburini. — La psichiatria come Scienza sociale e come funzione di Stato.

Forlì. — Le recenti questioni sull'Afasia.

Tamburini. — Questioni medico-forenti concernenti la Paralisi generale progressiva, specialmente in relazione alla capacità di testare.

Tamburini. — Psichiatria e Ginecologia.

Costantini. — Un senile (normale) di 105 anni (con 2 tavole).

Forlì. — Su alcuni recenti metodi di cura della Paralisi progressiva.

Funaioli. — Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'Esercito.

Cerletti. — Nuovi dati sulla patologia dei vasi sanguigni dei centri nervosi e loro rapporto con le forme cliniche (con 22 figure).

Perusini. — Tentativi di distinsione delle singole aree strutturali nella sostanza bianca del midollo spinale (con 28 (figure).

Forlì. — Contributo allo studio della ipertrofia congenita (Iperplasia) parziale (con e figure).

Perusini. — Sul valore nosologico di alcuni reperti istopatologici caratteristici per la senilità (con 23 figure).

NOTIZIE

La polizia scientifica alla Scuola Medica Bolognese.

Nel prossimo anno accademico sarà tenuto all' Università di Bologna un corso di studi criminali e polizia scientifica.

Gli insegnanti saranno: il prof. Stoppato, una gloria scientifica del nostro paese e i prof. Pellacani, Tonnini, Grassetto, Finzi, Ellero Umberto e Fochessati.

Gli insegnamenti vertiranno sulle seguenti materie: Antropologia criminale ad identificazione dei delinquenti; — Medicina Forense, — Tecnica peritale, — Psicologia forense, — Polizia giudiziaria, — Fotografia e radiologia giudiziaria.

Premio della Società freniatrica italiana.

È aperto il concorso ad un premio di L. 500, istituito dalla Società freniatrica italiana, per la migliore memoria originale di psichiatria alle seguenti condizioni:

1. Al concorso potranno prendere parte solo i membri della Società freniatrica italiana.

2. Le memorie inviate al concorso dovranno trattare argomenti di psichiatria clinica.

3. Le memorie potranno essere manoscritte, oppure stampate entro il biennio dal 1. Giugno 1911 al 31 Maggio 1913.

4. Esse devono essere inviate al presidente della Società freniatrica Italiana, Prof. Augusto Tamburini (Corso Vitt. Emanuele 234 Roma) non più tardi del 1. Giugno 1913.

La commissione che dovrà giudicare il concorso sarà nominata dal consiglio direttivo della Società freniatrica appena chiuso il concorso.

Per la libertà della discussione pubblica fra i periti.

Il Senatore TAMASSIA nella tornata del 27 Febbraio 1912, parlava nel seguente modo nell'importante argomento:

« L'accordo tra i miei concetti e quelli della relazione Ministeriale e della Commissione Senatoriale cessa quando dall'istruttoria si passa al dibattimento pubblico. Relazione e Commissione Senatoriale non hanno che un'intento: quello di sopprimere ogni discussione peritale pubblica. Gli scandali, fin troppo esagerati, hanno destato in tutti un sacro orrore, sì che mentre si ammettono interminabili discussioni avvocatesche su un articolo di legge, sul significato di una parola, si vuole sopprimere ogni schiarimento, ogni divergenza di apprezzamento sui fatti, assai spesso la base dell'imputazione, e si tende ad imporre un verbo assoluto, come voce infallibile di verità. E non si rifletta, che molti fatti d'indole medica, come riconosce la stessa relazione ministeriale, si prestano a *futilità di divergenze scientifiche* ».

Dopo aver recato altri argomenti, noti nella dottrina, a favore della sua tesi il Tamassia dice che la Commissione ha posto il dito sulla piaga, quando ha richiesto che i periti siano di reale e specializzata competenza. Diffondendosi su ciò, giunge a chiedere l'istituzione di « periti di ufficio », nominati in seguito a corsi specializzati di perfezionamento posti almeno nelle Università maggiori.

La miseria dei compensi annichilisce ogni riforma delle perizie. Solleva, il Tamassia, assai opportunamente e giustamente la quistione dei compen i ai periti, che sono « una vera irrisione tali che non si accorderebbero all'ultimo operaio. Se non si provvede a questa prosaica riforma, ogni altra riforma è minacciata di atrofia; e quei periti che vagheggiano come gli alleati alla giustizia, saranno un desiderio nostro innocente, e le aule dei Tribunali, il che vuol dire la vita del diritto, saranno ancora il bottino dei mestieranti e degli inetti ».

Il fenomeno dei fanciulli suicidi.

Se il fenomeno dei *fanciulli suicidi* impressiona fra noi, assai più esso impressiona in *Germania.* Da uno studio attuale Rühls risulta che fino al principio del secolo XIX i suicidi di fanciulli erano colà un fenomeno rarissimo; a Berlino si verificò verso la fine del secolo XVIII un unico caso, che destò sensazione profonda; nel 1825 il dott. Casper, osservava già nelle statistiche del suicidio alcuni casi di vittima di età giovanissima. L'aumento di suicidi di fanciulli andò crescendo rapidissimamente negli ultimi decenni, sicchè in Prussia si osservarono negli ultimi trenta anni 1700 casi e nella

Sass nia si ebbe la percentuale spaventevole di un fanciullo suicida su 40 adulti!

L' età nella quale più frequentemennte avvengono suicidi, varia fra il tredicesimo e il quindicesimo anno; questo fatto viene ascritto alle perturbazioni psichlche inerenti allo sviluppo sessuale. In generale il suicidio è più frequente tra fanciulli che tra fanciulle; la statistica registra casi, non rarissimi, di suicidi addirittura in età infantile e perfino in bambini di quattro o cinque anni. Quanto alle cause che spingono i fanciulli al suicidio. Woche — citata dal Corriere della Sera — le ricerche nella deficienza fisica e psichica che toglie a molti fra essi ogni resistenza nelle lotte per la vita ed anche in errati sistemi educativi.

Nè è meno significante il fatto che questo fenomeno si verifica nei paesi anglosassoni con molta maggiore frequenza che nei paesi latini, per quanto in quelli sieno forse generalmente meglio organizzate le istituzioni educative dell' infanzia. Ciò può trovare la sua spiegazione in quella tendenza alla tristezza ed al misticismo che predomina nelle parte nordiche.

(Riforma Med. N. 36 Settembre 1912).

Contro l' alcoolismo.

Al secondo congresso francese di medicina legale venne su proposta del dott. Ladame approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il secondo congresso francese di medicina legale, riunitosi a Parigi il 20 Maggio 1912, convinto delle conseguenze nefaste dell' alcool, agente provocatore principale dei delitti e della criminalità, fa caldo appello alla pubblica opinione e specialmente alla stampa, per segnalare i pericoli crescenti dell' alcoolismo e domanda con insistenza alle autorità governative e legislative, esecutive e giudiziarie di prendere tutte le misure efficaci e di combattere senza tregua e in tutti i modi possibili la provocazione di un avvelenamento mortale per la società moderna ». *A.*

Per una nomina.

Dietro iniziativa della Deputazione Provinciale di Venezia veniva nominato, giorni fa un ispettore per i manicomii di S. Serminio e di S. Clemente.

Detta nomina, come è noto, è illegale, inquantochè la vigilanza deve essere esercitata dal Prefetto, dal Medico Provinciale e da un alienista nominato dal Ministro dell' Interno.

E illegale è stata notata, fra i primi, dai medici dei due manicomi, ed in seguito da tutti i medici veneziani. Si ebbero perciò proteste da parte

dei medici dei due nosocomi e dal Consiglio dell'associazione dei medici veneziani e petizioni alla Autorità competente.

*
* *

Il premio Lombroso di L. 1000 verrà assegnato in occasione del VIII Congresso internazionale di Antopologia criminale, che si adunerà a Pest nel 1914, all'autore della migliore memoria o della più importante scoperta compiuta nel campo dell'Antropologia criminale durante gli anni 1911-14. Il corso è internazionale. Senza esigerlo, il Comitato organizzatore del Congresso, gradirà l'invio di lavori stampati; saranno accettati anche dattilografati, ma in tal caso, il conferimento del premio avverrà dopo la pubblicazione di essi. Il detto comitato organizzatore è così composto: Prof. Ascaffersburg (Colonia), Prof. V. Balogh. (Pest); Prof. E. Ferri (Roma), Dott. Hans Kurela (Bonn), Prof. Sommor (Giessen), Dottoressa Gina Lombroso (della famiglia Lombroso).

Riunione del Consiglio Direttivo della Società Freniatrica *(Roma 21 Aprile 1912).*

Sono presenti: Prof. A. Tamburini, Presidente -- Prof. A. Pieraccini, Vice-Presidente -- Prof. C. Agostini — Dott. P. Amaldi — Prof. G. Seppilli — Dott R. Tambroni, Consiglieri.

Hanno scusato la loro assenza: il Dott. Algeri, Segretario e i Professori Antonini e Petrazzani.

In assenza del Dott. Algeri, il Dott. Amaldi funge da Segretario.

Il Presidente prof. Tamburini ricorda la tragica fine del socio prof. Esposito, Direttore del Manicomio di Macerata, e propone al Consiglio, il quale unanime approva, l'invio di un telegramma di rinnovate profonde condoglianze alla vedova del compianto collega.

Il Presidente comunica che per iniziativa della Presidenza stessa la società Freniatrica ha preso parte alla Esposizione internazionale di Igiene sociale in Roma, presentandovi un cartogramma della pazzia in Italia, un altro sulla distribuzione dei Manicomi in Italia ed un terzo, sulle spese sostenute da ogni Provincia per l'assistenza degli alienati, cartogrammi compilati dal consigliere prof. Antonini.

Indi sono trattati i vari argomenti all'ordine del giorno.

1. — *Esecuzione dei deliberati del Congresso Freniatrico di Perugia.*

Il Presidente comunica che, in esecuzione ai deliberati del Congresso Freniatrico di Perugia, egli ha tosto notificato il voto che acclamava Palermo a sede de XV Congresso della Società con telegrammi diretti alla

Presidenza della Deputazione provinciale, al Sindaco e alla Direzione del Manicomio di Palermo, ricevendone risposte che esprimevano il vivo aggradimento per la scelta di quella città a sede del Congresso.

Il Presidente ha pure comunicato al Ministro degli interni, all'onorevole Luzzatti e al Senatore Garofalo, Relatore al Senato, i voti espressi dal Congresso intorno al disegno di legge contro l'alcoolismo.

Il Presidente ricorda come, consecutivamente al voto di protesta del Consiglio, comunicato telegraficamente alla Deputazione provinciale, al Prefetto di Milano e al Ministro dell'Interno contro le illegalità dell'avviso di concorso per il posto di Direttore di quel Manicomio, la Deputazione stessa ritirava il primo bando di concorso e ne emanava un altro in termini regolari.

Circa la questione del prof. Marro, direttore del Manicomio di Torino, il presidente comunica di avere trasmesso al Ministro dell'Interno l'ordine del giorno approvato dal Congresso nella seduta del 6 Maggio.

Venne pure data comunicazione al Prefetto della Provincia di Porto Maurizio del voto espresso circa il trasporto dei malati di quella provincia (proposta Masini).

Il Presidente ha comunicato alla Presidenza della Associazione tra i medici dei manicomi pubblici italiani i deliberati riferentisi alle modificazioni dello Statuto della nostra Società, in base alle quali le questioni d'ordine professionale vengono riserbate a quella associazione.

Il Presidente ha pure comunicato i voti emessi dal Congresso sulle condizioni dei medici e degli infermieri dei manicomi alle singole Amministrazioni. Quelli relativi agli infermieri vennero anche comunicati al Presidente della Federazione degli infermieri.

Vennero spedite ai direttori di manicomio le conclusioni e i moduli per la unificazione delle Statistiche manicomiali, con invito a rinviarli accompagnati con le relative osservazioni e proposte eventuali di modificazione. Soltanto un piccolo numero di direttori ha sinora risposto.

Il consiglio delibera che sia rinnovato invito ai ritardatari e che le sisposte siano trasmesse al dott Amaldi per la compilazione di una proposta generale definitiva, che tenga conto delle diverse osservazioni.

II. — *Concorso per un lavoro a premio di L. 500 (proposta Masini).*

Dopo matura discussione il Consiglio delibera, che il concorso debba aprirsi tra i soci della Società Freniatrica — che il lavoro debba trattare di un tema di Psichiatria clinica — che il lavoro manoscritto o stampato debba essere presentato alla scadenza del primo Giugno 1913, e debba,

cioè, trattarsi di lavoro eseguito ed eventualmente pubblicato nel biennio dal primo Giugno 1911 al 31 Maggio 1913 — che la comunicazione la quale dovrà giudicare i lavori sia nominata appena chiuso il concorso.

III. — *XV. Congresso della Società Freniatrica.*

Viene deliberato che il XV. Congresso in Palermo abbia luogo nell' Ottobre 1913.

In luogo del defunto prof. Esposito, come relatore del primo tema sui rapporti delle ghiandole a secrezione interna colle malattie mentali viene nominato il dott Bertolani Aldo di Reggio Emilia.

IV. — *Partecipazione della Società Freniatrica all' Istituto internazionale per lo studio delle cause e della profilassi della pazzia.*

Il Consiglio delibera di contribuire alle spese dell' Istituto Internazionale con una quota annua di L. 100, come hanno già fatto parecchie società psichiatriche estere.

V. — *Voto sui fatti del Manicomio di Quarto a Mare.*

Il Presidente ricorda minutamente i fatti relativi a tale vertenza, sulla scorta anche delle molteplici pubblicazioni e polemiche avvenute nella stampa politica.

Alla discussione prendono parte: Seppilli, Tambroni, Agostini, Pieraccini e il Presidente.

Il Consiglio è unanime nel deplorare le illegalità degli atti che hanno colpito il Direttore e i medici del Manicomio di Quarto, nel riconcscere la insostenibilità e la ingiustizia delle accuse lanciate contro di essi e la incongruenza delle proposte partite dal prof. Bossi, specialmente circa la introduzione dei medici estranei alla Psichiatria nei manicomi. Viene dato incarico al Presidente, il quale ha già espresso queste vedute in un nutrito articolo nella Riv. di Freniatria, di estendere un ordine del giorno, che riassuma la protesta del Consiglio direttivo della Società, e l' augurio che in sede di appello venga riparata la sentenza di condanna pronunciata dal Tribunale di Genova — ordine del giorno da comunicarsi poi ai Colleghi e all' Amministrazione del Manicomio stesso ecc.

L' ordine del giorno, approvato dai membri del Consiglio, venne così formulato:

ORDINE DEL GIORNO:

« Il Consiglio direttivo della Società Freniatrica Italiana, presa cognizione dei fatti e delle polemiche relative al Manicomio di Quarto a Mare, si associa alle proteste dei medici di quel manicomio:

« 1. — contro le ingiuste accuse a cui essi furono fatti segno e di cui già il Consiglio Provinciale ha fatto giustizia;

« 2. — contro la incongrua proposta, fatta da alcuni ostetrici di Genova, della introduzione dei cosidetti medici internisti per la cura delle malattie comuni nei manicomi, con evidente affesa alla competenza medica del personale sanitario prepostovi;

« 3. — contro la indebita ingerenza e imposizione del medico provinciale nelle questioni interne clinico — psichiatriche, tecniche e disciplinari del Manicomio, per le quali deve essere giudice, e nei limiti della legge, solo la commissione di vigilanza, integrata dalla competenza del medico alienista.

« E ritenendo che il Medico Direttore di un Manicomio non sia tenuto alla ricerca del domicilio delle famiglie dei ricoverati, fa voti che la sentenza del Tribunale di Genova, la quale renderebbe responsabile la Direzione del Manicomio dell' avere ignorato il domicilio della famiglia della malata, oggetto della questione, venga annullata dalla Corte d' Appello ».

Infine il Consiglio si occupa di alcune proposte del socio D'Ormea a proposito dell' ospitalizzazione manicomiale dei criminali, presentate in una memoria col titolo di « Un compito della Società Freniatrica »; e dopo discussione, per quanto sia prevalsa l' opinione che possano bastare, se utilmente applicate, le attuali disposizioni di legge, ha rimandata ad ulteriore studio la questione.

Finalmente sulla proposta del prof. Pieraccini, che, in seguito alla Esposizione internazionale d' Igiene sociale, venga compilata una pubblicazione intorno ai manicomi che hanno preso parte all' Esposizione stessa, dedicando una appendice agli altri manicomi, il Presidente comunica di avere già predisposta una pubblicazione di tal genere, limitandola però ai manicomi che hanno preso parte all' Esposizione, di ciascuno dei quali verranno messe in evidenza le particolarità più salienti e le innovazioni più interessanti, invitando i Direttori a fornire dati ed illustrazioni sui rispettivi manicomi.

Indi la riunione è sciolta.



Concorsi.

A Como, è aperto il concorso ad un posto di medico-aiuto presso il Manicomio Provinciale, con lo stipendio annuo di L. 2800.

Imola — Concorso a medico assistente del Manicomio dell'Osservanza. Stipendio L. 2800. Alloggio personale. Riscaldamento.

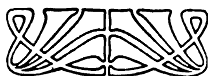
A Cagli, è aperto fino al 31 Gennaio, il concorso ad un posto di medico assistente del Manicomio Provinciale. Stipendio L. 2500.

Venezia — È aperto il concorso per tre posti di Assistente (2 S. Clemente, 1 S. Servolo). Stipendio L. 2500. Indennità L. 1000. Vitto nei giorni di guardia, alloggio personale.

Como — È aperto il concorso di un posto di medico-aiuto. Stipendio L. 2800. Alloggio personale.

Manicomio di Firenze — Concorso bandito il 31 dicembre 1912, per un posto di medico primario. Stipendio L. 4300, più L. 300 per indennità di carica, 5 aumenti quinquennali. Alloggio per famiglia, od indennità di L. 800. Vitto nei giorni di guardia. — Un posto di medico ordinario: stipendio L. 3300. alloggio personale, od indennità di L. 400 per alloggio per famiglia. Indennità di circa L. 200, cinque aumenti quinquennali. Vitto. Pensione secondo il nuovo regolamento.

Manicomio Provinciale di Napoli — È aperto il concorso al posto di Direttore, con lo stipendio di L. 7000, aumentabili di un decimo ogni quinquennio. Pensione minima dopo 25 anni di servizio, massima dopo 35. Si richiedono, oltre i soliti documenti, quattro anni di servizio in Manicomio o Cliniche psichiatriche. Scadenza 16 Gennaio. La Commissione è composta del Presidente della Deputazione Provinciale, del prof. Mingazzini e del prof. d' Abundo.



NECROLOGI.

Il 18 Gennaio 1913 spegnevasi, da immatura morte colpito, in Aquila, **Gaetano Bellisari** Direttore di quel Manicomio.

Nacque in Aquila il 24 Settembre 1870, frequentò con lode le Università di Roma e di Napoli. Fu assistente nella Clinica Psichiatrica del prof. Leonardo Bianchi. Nominato primario nel Manicomio di Girifalco conseguiva la libera docenza in nevropatologia nella Università di Napoli e dopo la morte del prof. Vespa veniva nominato Direttore di quel Manicomio Provinciale nel 1904.

Visse la vita del suo Istituto che sotto di lui si completò, prendendo posto tra i migliori Manicomi d' Italia. Seguì con assiduità e intelletto d' amore gli studi prediletti, lasciando pregevoli pubblicazioni tra cui meritevole di particolare menzione quello sulla *Paralisi Progressiva*.

E proseguendo i suoi studi egli contrasse l' infezione che doveva portarlo al sepolcro ed accrescere così la dolorosa ed eroica schiera delle vittime del dovere e della scienza.

Il rimpianto della sua città natale e della intera Provincia sono a dimostrare la grande stima, il grande affetto che col suo sapere e colla sua intelligenza era riuscito a guadagnasi.

Al suo Istituto egli lascia, legato caro e ambito, i suoi libri di studio.

Noi che lo ricordiamo ospite gradito al Congresso Psichiatrico in Perugia e che in molte circostanze avemmo occasione di apprezzarne le squisite qualità di mente e di cuore esprimiamo alla desolata famiglia, commossi e riverenti il rimpianto nostro sincero, profondo, memore. AGOSTINI

*
* *

Il giorno 11 Gennaio moriva in Milano all' età di soli 43 anni il dott. cav. **Luigi Mongeri.**

Egli nacque a Costantinopoli, dove studiò nei prlmi anni della sua giovinezza, recatosi poi in Italia si laureò in Medicina e Chirurgia all' Università di Pavia. Si dedicò con speciale inte-

resse allo studio delle malattie nervose e mentali, e tenne in Costantinopoli la Direzione del Manicomio Armeno; poi venuto a Milano fu Direttore di una casa di Salute.

Fu uomo sommamente umanitario, e per i suoi meriti scientifici coprì diverse cariche onorifiche. Pubblicò un Manuale di semeiottica psichiatrica e di Psichiatria e Medicina forense, di grande utilità per i medici pratici.

Lascia meritato rimpianto fra quanti lo conoscevano.

C. V.

*
* *

È morto a Ghothingen il prof. **Augusto Cramer**, ordinario di Psichiatria in quell' Università all' età di 52 anni. Lascia numerosi lavori Clinici e Medico-Legali. Anche la produzione di case di salute per malati nervosi poveri si deve a Lui.

INDICE DEL VOLUME

INDICE DEL VOLUME VI

FASCICOLI 1 e 2



Memorie originali.

Autoriassunti e riviste.

INDICE DEL VOLUME VI

FASCICOLI 1 e 2



Memorie originali.

Autoriassunti e riviste.

NOTIZIE.



Anno VI Luglio-Decembre 1912 Fasc. III-IV

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell'Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale

Redattori

F. ACCORIMBONI — L. BATTISTELLI — A. BENEDETTI
G. GARBINI — R. REBIZZI — U. ROSSI — F. TUCCI
L. TARULLI C. VITALI



PERUGIA
STAB. TIP. VINCENZO BARTELLI & C.
1913

Anno VI Luglio-Decembre 1912 Fasc. III-IV

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forenze nell'Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA
STAB. TIP. VINCENZO BARTELLI & C.
1913

MANICOMIO PROVINCIALE DI MACERATA
(Direttore LUIGI LUGIATO)

Il decentramento e il frazionamento dei Manicomî

Lettera aperta del Dott. **Luigi Lugiato** (1)

Caro Rebizzi,

Anzitutto grazie delle cortesi parole che tu mi rivolgi nella tua recente pubblicazione, parole che mi sono assai care, perchè pronunziate da persona, come tu sei, autorevole sull' argomento, entusiasta per le sue idee fresche e giovanili, e animata dal desiderio di raggiungere il miglior fine col migliore mezzo.

Permettimi però di dirti, con quella franchezza che sempre è intercorsa nei nostri rapporti, che se il tuo lavoro è interessante in ogni punto, non è riuscito per me sempre egualmente persuasivo; mi faccio dunque lecito di risponderti brevemente in questa mia lettera aperta.

Al mio modesto lavoro sulla Provincia di .... Utopia furono mosse alcune obbiezioni, sempre in forma garbata e cortese (2) e ben volentieri posso ora riconoscere che alcune di esse sono giustificate: non ho anzi alcuna difficoltà a confessare che, se ora dovessi tracciare nuovamente il progetto di quel Manicomio, ben volentieri accoglierei alcune osservazioni che mi furono rivolte ed altre non poche modificazioni introdurrei per conto mio, suggeri-

(1) In risposta alle Osservazioni al progetto di Manicomio per la Provincia di Utopia di *R. Rebizzi*, « Annali del Manicomio Provinc. di Perugia », Anno VI, 1912.

(2) Fa accezione il *Pieraccini* in alcune poche righe che egli mi rivolge a pag. 363 del f. 9 dei « Quaderni di Psichiatria » (1912).

temi dai due anni di pratica ulteriore e specialmente dall' esperienza fatta nell'avere assunto recentemente la Direzione del Manicomio di Macerata. Ogni anno si impara qualche cosa ed io certo non sono uomo da cristallizzarmi in una formula rigida ed immutabile: per mia fortuna non sono ancora un fossile, nè un autoidolatra!

Ad esempio, mi fu rimproverato dai *Quaderni di Psichiatria* (1911, f. 10, p. 27) di avere fatto assomigliare la Colonia Agricola al.... Quadrilatero, di non avere messe le industrie dei pazienti in padiglioni separati, di avere trascurate le abitazioni dei Medici; sono obbiezioni che riconosco giuste e mi dichiaro senz'altro pronto ad accettarle ed a farle mie, qualora dovessi fare una seconda edizione,... che però finirò col non fare mai, per non tediare troppo i colleghi con simile argomento. Altre giuste osservazioni mi furono mosse privatamente dal *Morselli* e da alcuni altri.

Tu, caro Rebizzi, mi fai osservare che ti aspettavi, dato il titolo quasi futurista del lavoro, un progetto dove si introducessero innovazioni peregrine ed audaci: forse il titolo è stato da me male scelto e meglio avrei fatto, per non ingenerare confusioni, parlando della Provincia anodina di.... Scaricalasino o di Vattelapesca; mi parve però nell'introduzione di avere spiegato a sufficienza la modestia del mio programma e tu stesso l'hai riconosciuto. Ho voluto cioè riassumere il complesso delle mie osservazioni ed adattarle ad un programma che fosse sopratutto *pratico* ed adeguato ai mezzi di una Provincia di potenzialità economica media: non ho la pretesa di essere riuscito nel mio intento, ma desidero ad ogni modo che si interpretino giustamente i confini che io mi ero proposto.

E vengo senz' altro all' argomento che deve formare il nòcciolo della nostra discussione.

Tu mi rimproveri, mentre su tale campo non avevo limitazioni, di avere tracciato il piano per un Istituto di 640-700 malati, invece di avere addirittura lanciato l'idea che tale popolazione manicomiale dovesse spezzarsi in due o tre piccoli Istituti da 250 infermi l'uno. *That is the question*, non è vero, caro Rebizzi?

Ma tale problema deve, secondo me, scindersi in due punti di prospettiva affatto diversi: *teorico* e *pratico.*

Dal punto di vista teorico il tuo programma e la tua proposta non possono fare certamente una sola grinza: è naturale, infatti, che i malati devono essere meglio e più coscienziosamente curati quanto minore è il numero loro in un determinato Istituto. Se un Manicomio contenesse solo dieci persone, dovrebbe funzionare in modo perfetto e ad ognuno di quei disgraziati decurioni non potrebbe mancare tutta l' attenzione del medico destinato a curarli. Teoricamente si potrebbe anche aggiungere di più: condizione ideale sarebbe che ogni malato di mente vivesse in una propria casa con un medico addetto *ad personam*, come il povero re Luigi di Baviera; il che però non ha impedito che egli, insieme alla sua fedele guardia del corpo, abbia finito il comune insopportabile tedio nel fondo di una peschiera. Nel campo teorico si può spaziare a piacimento e nessuno può mettere una rete alla fantasia, quando essa si compiaccia di sbrigliarsi liberamente nelle regioni del sogno e della follia: e forse questi sono i momenti più felici e più puri!

Ma, purtroppo, i nostri sogni durano poco, perchè noi poveri alienisti, specialmente nelle nostre considerazioni tecniche, siamo incatenati alla più semplice prosa ed impigliati nelle pastoie tiranniche dei bilanci amministrativi e della cattiva volontà dei nostri amministratori. Il tuo progetto, a dire il vero, non devia troppo dal campo della pratica e convengo con te che il numero di 250 malati non è poi così ristretto da rasentare neppure lontanamente la vertiginosa *teoricità* (*sit venia verbo*) degli esempi da me sopra riportati. Sono stato io pure Direttore del Manicomio di Sondrio, che non conteneva neppure 200 infermi, e oso affermare, senza soverchia immodestia, che esso non andava troppo male: la mia esperienza personale non può quindi che soccorrere la tua affermazione.

Non ho quindi nulla da obbiettare alla tua proposta, quando una Provincia, come quella di Sondrio, deva provvedere con un piccolo Istituto ad un numero modesto di alienati: il suo sforzo riesce anzi tanto più nobile e degno di lode quanto forse meno

economicamente vantaggioso diviene il provvedimento. È certo che ognuno deve applaudire in questi casi con la stessa energia con la quale debbonsi biasimare quelle Provincie che mandano i loro infermi di mente nei formicai manicomiali di qualche consorella, forse già sufficientemente affollati dai propri malati.

Pure sono d'accordo con te che gli enormi ed opulenti Manicomi di 1000-2000 e più malati siano senz'altro da abbandonarsi: essi non possono riuscire che faragginosi magazzini di alienati, dove gli infermi possono essere forse bene catalogati e protocollati, ma assai difficilmente ben conosciuti e trattati nella loro individualità. Io pure, come te, non mi sento di innalzare troppi colpi di turibolo al famoso Manicomio « *Am Steinhof* » non ostante i suoi *tramways* elettrici, la sua artistica cappella e le altre meraviglie che possa contenere.

Anche le considerazioni di indole non amministrativa che accompagnano la tua proposta non possono che meritare viva lode; certamente il concetto della vicinanza dei malati alle loro famiglie deve essere accettato da ognuno che abbia cuore e cervello. D'altro lato certamente non posso pensare in modo diverso, avendo io stesso ispirati i concetti espressi con tanta nobiltà nel suo lavoro dal caro e compianto *Lavizzari*. Pure approvo la tua asserzione che soltanto i piccoli Manicomi di 200 infermi possono assumere la vagheggiata forma a villaggio, che certamente è la migliore, la più simpatica, igienica ed estetica.

Ma, e *l'economia*, caro Rebizzi, dove va a precipitare in tal modo? Purtroppo, ripeto, noi siamo vincolati alla peggiore delle prose ed i nostri amministratori sono solleciti a darci una violenta strappata di redini subito che la nostra corsa accenni appena appena a divenire un po' spigliata e veloce.

Ma tu, carissimo Rebizzi, sei pronto certamente a rispondermi che nel tuo lavoro hai dimostrato anche il *vantaggio economico* di tale funzionamento Manicomiale ed hai riportato una grande quantità di dati, di cifre, di argomenti in appoggio della tua asserzione: permettimi però francamente di dirti che appunto in questa parte le tue parole sono riuscite, almeno per me, poco persuasive.

La tua tesi principale è questa, che io spero di riassumere abbastanza fedelmente: dato un servizio qualunque (di cucina, di lavanderia, di guardaroba ecc.) di una determinata potenzialità, esso verrà a costare circa la metà od anche meno, qualora pure la sua potenzialità venga dimezzata. In altre parole, ad esempio, una cucina per 500 infermi verrà a costare come due cucine per 250 ciascuna, perfettamente indipendenti l'una dall'altra. Questa affermazione mi sembra errata. Essa contraddice ad una delle cognizioni più comuni, nota perfino alla più modesta delle massaie, che una famiglia di dieci persone, nella quale tutti i membri vivano in comunità, viene a costare proporzionalmente meno che una di cinque. Il tuo ragionamento sull'area del tetto, sull'ampiezza dei muri, che vengono a diminuire, non conduce alla conclusione che si riducano fino alla metà.

Tu però hai avuto cura di soggiungere che nel piccolo Manicomio si possono abolire di sana pianta una quantità di annessi, che necessariamente devono esistere in un Manicomio più ampio. E senz'altro accomodi le cose in un modo molto sommario e (permettimi la efficacissima espressione del vernacolo) eccessivamente *migragnoso.* Se sia bello sognare un Istituto, dove un paio di stanze, annesse a uno dei reparti meno clamorosi, servano per gli Uffici della Direzione, dove infermeria e reparto agitati siano fusi insieme (con quanto ristoro dei poveri malati fisici) lascio decidere a te stesso. Inoltre per confezionare gli abiti dei ricoverati vuoi porre un unico demente cronico, purchè sia lasciato solo; all'importante servizio di portiere vuoi adibire un malato lucido e tranquillo; via, caro Rebizzi, convieni che se mi troverai due perle di tal genere, che, senza sorveglianza, possano in modo continuato e senza abusi soddisfare a tali delicati e capitali servizi, commetterai un sequestro di persona trattenendole in Manicomio, invece di restituirle alla società, come prescriverà certamente col Regolamento anche la tua coscienza.

Inoltre come farai a spezzare in due il Laboratorio Scientifico, che tu certamente avrai voluto o vorrai ottenere nel tuo Istituto? Potrai anche in tal caso prendere due piccoli microscopi, o

economicamente vantaggioso diviene il provvedimento È certo che ognuno deve applaudire in questi casi con la stessa energia con la quale debbonsi biasimare quelle Provincie che mandano i loro infermi di mente nei formicai manicomiali di qualche consorella, forse già sufficientemente affollati dai propri malati.

Pure sono d'accordo con te che gli enormi ed opulenti Manicomi di 1000-2000 e più malati siano senz'altro da abbandonarsi: essi non possono riuscire che faragginosi magazzini di alienati, dove gli infermi possono essere forse bene catalogati e protocollati, ma assai difficilmente ben conosciuti e trattati nella loro individualità. Io pure, come te, non mi sento di innalzare troppi colpi di turibolo al famoso Manicomio « *Am Steinhof* » non ostante i suoi *tramways* elettrici, la sua artistica cappella e le altre meraviglie che possa contenere.

Anche le considerazioni di indole non amministrativa che accompagnano la tua proposta non possono che meritare viva lode; certamente il concetto della vicinanza dei malati alle loro famiglie deve essere accettato da ognuno che abbia cuore e cervello. D'altro lato certamente non posso pensare in modo diverso, avendo io stesso ispirati i concetti espressi con tanta nobiltà nel suo lavoro dal caro e compianto *Lavizzari*. Pure approvo la tua asserzione che soltanto i piccoli Manicomi di 200 infermi possono assumere la vagheggiata forma a villaggio, che certamente è la migliore, la più simpatica, igienica ed estetica.

Ma, e *l'economia*, caro Rebizzi, dove va a precipitare in tal modo? Purtroppo, ripeto, noi siamo vincolati alla peggiore delle prose ed i nostri amministratori sono solleciti a darci una violenta strappata di redini subito che la nostra corsa accenni appena appena a divenire un po' spigliata e veloce.

Ma tu, carissimo Rebizzi, sei pronto certamente a rispondermi che nel tuo lavoro hai dimostrato anche il *vantaggio economico* di tale funzionamento Manicomiale ed hai riportato una grande quantità di dati, di cifre, di argomenti in appoggio della tua asserzione: permettimi però francamente di dirti che appunto in questa parte le tue parole sono riuscite, almeno per me, poco persuasive.

La tua tesi principale è questa, che io spero di riassumere abbastanza fedelmente: dato un servizio qualunque (di cucina, di lavanderia, di guardaroba ecc.) di una determinata potenzialità, esso verrà a costare circa la metà od anche meno, qualora pure la sua potenzialità venga dimezzata. In altre parole, ad esempio, una cucina per 500 infermi verrà a costare come due cucine per 250 ciascuna, perfettamente indipendenti l'una dall'altra. Questa affermazione mi sembra errata. Essa contraddice ad una delle cognizioni più comuni, nota perfino alla più modesta delle massaie, che una famiglia di dieci persone, nella quale tutti i membri vivano in comunità, viene a costare proporzionalmente meno che una di cinque. Il tuo ragionamento sull'area del tetto, sull'ampiezza dei muri, che vengono a diminuire, non conduce alla conclusione che si riducano fino alla metà.

Tu però hai avuto cura di soggiungere che nel piccolo Manicomio si possono abolire di sana pianta una quantità di annessi, che necessariamente devono esistere in un Manicomio più ampio. E senz'altro accomodi le cose in un modo molto sommario e (permettimi la efficacissima espressione del vernacolo) eccessivamente *migragnoso.* Se sia bello sognare un Istituto, dove un paio di stanze, annesse a uno dei reparti meno clamorosi, servano per gli Uffici della Direzione, dove infermeria e reparto agitati siano fusi insieme (con quanto ristoro dei poveri malati fisici) lascio decidere a te stesso. Inoltre per confezionare gli abiti dei ricoverati vuoi porre un unico demente cronico, purchè sia lasciato solo; all'importante servizio di portiere vuoi adibire un malato lucido e tranquillo; via, caro Rebizzi, convieni che se mi troverai due perle di tal genere, che, senza sorveglianza, possano in modo continuato e senza abusi soddisfare a tali delicati e capitali servizi, commetterai un sequestro di persona trattenendole in Manicomio, invece di restituirle alla società, come prescriverà certamente col Regolamento anche la tua coscienza.

Inoltre come farai a spezzare in due il Laboratorio Scientifico, che tu certamente avrai voluto o vorrai ottenere nel tuo Istituto? Potrai anche in tal caso prendere due piccoli microscopi, o

due piccoli chimografi, o due microtomi di minori dimensioni, in luogo dei grandi?

E certamente si deve desiderare che anche i medici dei piccoli Istituti possano avere a propria disposizione tutti quei mezzi di indagine e di coltura che si trovano nei maggiori Manicomi. Lo stesso ragionamento si può ripetere per la Biblioteca.

In altre parole tu forzi in qualche modo l'argomento dell'*economia*, raschiando il tuo piccolo Istituto di tutti quei piccoli particolari di comodità e di modesto lusso, che formano dopo tutto la bellezza e l'eccellenza dei Manicomi, per ridurlo ad una specie di capannone ultrasemplice, dove potrà essere ottimo forse l' andamento sanitario e amministrativo, ma dove per forza dovrà mancare quel *comfort* di cui pure hanno bisogno i ricoverati ed i medici che li curano. Perchè, caro Rebizzi, vuoi farti portavoce di questa teoria della povertà Francescana nella tecnica edilizia dei Manicomi? Non temere, amico mio, le Amministrazioni sono abbastanza sollecite a ricorrere da sole a simili espedienti, senza che la parola degli alienisti sorga per incoraggiarle.

Sono d'accordo dunque con te nel criterio tecnico generale del frazionamento, non mi sento però di seguirti nel terreno pratico e specialmente nello speciale indirizzo di soverchio risparmio che tu vorresti imprimere alle linee dei tuoi piccoli Istituti. Se dobbiamo cadere in tale grave inconveniente, meglio, assai meglio rimanere nei grandi Manicomi, che presentano ricchezza di mezzi, comodità e bellezza.

Inoltre, anche rimanendo nel campo teorico, non mi pare francamente che un Manicomio di 500 infermi possa dirsi troppo affollato : in esso il Direttore ed ogni altro Medico possono conoscere a fondo tutti i ricoverati senza soverchia fatica, ed io lo so per esperienza personale. L'andamento amministrativo, qualora sia retto da un Economo onesto e vigilante, può procedere bene, senza grandi ostacoli. Il personale può essere bene disciplinato e l' importanza maggiore dell'Istituto può attrarre più facilmente le cure e l' affetto dei propri Amministratori. Inoltre in esso il licenziamento dei malati non potrebbe subire quei ritardi che tu descrivi

con tanta minuzia nel tuo lavoro e che, come tu osservi giustamente, si risolvono in un grave danno per l'Amministrazione. La cifra di 500 rappresenta per me un numero, se non ideale, certamente pratico, che può conciliare nello stesso tempo l' economia ed i buoni criteri tecnici; il numero di 250 infermi invece, giustissimo dal punto di vista teorico, mi sembra troppo basso da quello della propria applicabilità.

Ma vi è anche il vantaggio professionale, tu mi soggiungi, perchè maggiore potrebbe essere il numero dei Direttori. *Estote omnes comites!* A parte l'obbiezione che la cosa offrirebbe un poco il fianco al ridicolo, come il quadro burlesco delle guarnigioni Messicane formate ciascuna da un soldato e da dieci generali, è certo però che sarebbe ben magra prospettiva finire il massimo di carriera con 5000 lire, come tu proponi, con ben poche speranze di incerti pecuniari nelle residenze rurali o semirurali dove tu fai sorgere i tuoi Manicomi. Ed è proprio il Segretario dell'Associazione dei Medici di Manicomio che propone *due soli* medici per 250 infermi, mentre, stando ai nostri *desiderati,* sarebbero necessari almeno *tre?*

Immagini la vita di sacrificio di quei due poveri colleghi, che devono prestar servizio di guardia a giorni alterni? Se uno di essi ammala o si assenta, l'altro dovrà per forza essere incatenato al proprio ufficio, senza mai muoversi, a meno di contravvenire esplicitamente ad una delle più tassative disposizioni del Regolamento. Se poi uno dei posti rimane vacante per trasferimento del titolare, il medico che rimane dovrà supplire in tutti i lunghi mesi necessari per soddisfare alle esigenze dei concorsi, specie poi se il medico trasferito vuole usufruire dei sei mesi di aspettativa che dovrebbero essergli dati, secondo il desiderio espresso dalla nostra stessa Associazione.

Ed io ti parlo per esperienza personale, perchè a Sondrio, dopo la morte del povero *Lavizzari,* sono sempre rimasto col solo Medico primario, ed in due lunghi periodi sono rimasto *assolutamente solo,* una prima volta per dimissione del Primario, è una seconda volta perchè il suo successore fu chiamato *sine die* sotto

le armi per la impresa Libica; e ti assicuro che quei due lunghi periodi furono per me penosissimi e senza alcun compenso nè morale nè materiale.

Colla tua proposta dunque tutti sarebbero Direttori di nome, ma risulterebbero Primari o Assistenti di fatto.

Eppoi, rimanendo sempre nel campo pratico, possiamo passare a qualche esempio. Se la Provincia di Milano volesse abbandonare il suo vecchio Istituto, per collocare i suoi 3000 infermi dovrebbe provvedere, secondo la tua teoria, alla costruzione di ben *dodici* Manicomi; ti pare questo ragionevole e possibile? E se questo anche fosse attuabile, immagini tu quella povera Deputazione Provinciale alle prese con ben *dodici* Direttori, tutti indipendenti fra loro? A chi dovrebbe dar retta? Abbiamo dato spesse volte spettacolo miserando di noi, delle nostre rivalità, delle nostre meschine antipatie, delle nostre diversità di vedute in molte occasioni, e, diciamolo con franchezza, in ispecie nelle aule delle Corti di Assise: perchè dunque vogliamo trovare un altro teatro alle nostre gesta? Siamo uomini, ed io per primo *nihil humani a me alienum puto*: tutti più o meno siamo della stessa creta fragile e malsicura. Più fragili sono poi coloro che prendono atteggiamenti statuari di censori feroci, di esseri impeccabili, tetragoni a tutte le passioni. Dunque? Tentiamo almeno, se è nostro dovere di correggerci severamente fra noi, di non cercare occasioni per mostrare troppo agli estranei la nostra fragilità!

Queste poche osservazioni volevo farti, carissimo Rebizzi, non perchè, ripeto, io sia tassativamente contrario alla tua idea, di cui riconosco tutta la nobiltà, ma perchè la trovo assai difficilmente attuabile, e criticabile inoltre nei limiti di soverchio risparmio che tu ti sei proposto. Se una limitazione deve essere messa ad impedire il sorgere dei Manicomi troppo pletorici e specialmente di quelle *superdreadnoughts* Manicomiali che prendono l'ispirazione da Vienna, io crederei più pratico di porre la cifra di 500 alienati per ogni Istituto.

Non voglio poi certamente arbitrarmi di giudicare la questione della Provincia di Mantova, di cui non conosco affatto le condi-

zioni: non ho dunque alcun motivo per porre in dubbio le tue affermazioni. Sembrami però (giudicando, come si dice, ad occhio e croce) che noi alienisti, in attesa di raggiungere il nostro sogno di avocazione dei Manicomi allo Stato, dobbiamo sostenere, come minor male, il concetto della Provincializzazione dei Manicomi: è una bruttissima parola, che però esprime chiaramente il nostro programma. Il Manicomio di Castiglione delle Stiviere, se non erro, è retto da un'Opera Pia: quindi, per quanto larvato (se tiene dei malati di mente, mentre non ne ha l'obbligo), deve avere un programma di speculazione, e, se non l'avesse, non capisco perchè dovrebbe prendersi tanti fastidi per i begli occhi della Provincia di Mantova. Mi pare quindi che essa Provincia abbia bene provveduto ai propri interessi e a quelli dei propri infermi, facendo come ha fatto.

Ma ripeto, possono esservi ragioni particolari, che io non conosco e che tu non hai detto, per sostenere la tua tesi, e con impazienza attendo di leggere le altre considerazioni che prometti di fare alla fine della tua interessante memoria.

Scusa, caro Rebizzi, la troppo lunga e noiosa pappolata e perdona se qualche volta posso avere urtato troppo rudemente le tue convinzioni: se questo avvenne, ti assicuro che fu senza cattive intenzioni.

Tuo aff.mo
L. LUGIATO

le armi per la impresa Libica; e ti assicuro che quei due lunghi periodi furono per me penosissimi e senza alcun compenso nè morale nè materiale.

Colla tua proposta dunque tutti sarebbero Direttori di nome, ma risulterebbero Primari o Assistenti di fatto.

Eppoi, rimanendo sempre nel campo pratico, possiamo passare a qualche esempio. Se la Provincia di Milano volesse abbandonare il suo vecchio Istituto, per collocare i suoi 3000 infermi dovrebbe provvedere, secondo la tua teoria, alla costruzione di ben *dodici* Manicomi; ti pare questo ragionevole e possibile? E se questo anche fosse attuabile, immagini tu quella povera Deputazione Provinciale alle prese con ben *dodici* Direttori, tutti indipendenti fra loro? A chi dovrebbe dar retta? Abbiamo dato spesse volte spettacolo miserando di noi, delle nostre rivalità, delle nostre meschine antipatie, delle nostre diversità di vedute in molte occasioni, e, diciamolo con franchezza, in ispecie nelle aule delle Corti di Assise: perchè dunque vogliamo trovare un altro teatro alle nostre gesta? Siamo uomini, ed io per primo *nihil humani a me alienum puto*: tutti più o meno siamo della stessa creta fragile e malsicura. Più fragili sono poi coloro che prendono atteggiamenti statuari di censori feroci, di esseri impeccabili, tetragoni a tutte le passioni. Dunque? Tentiamo almeno, se è nostro dovere di correggerci severamente fra noi, di non cercare occasioni per mostrare troppo agli estranei la nostra fragilità!

Queste poche osservazioni volevo farti, carissimo Rebizzi, non perchè, ripeto, io sia tassativamente contrario alla tua idea, di cui riconosco tutta la nobiltà, ma perchè la trovo assai difficilmente attuabile, e criticabile inoltre nei limiti di soverchio risparmio che tu ti sei proposto. Se una limitazione deve essere messa ad impedire il sorgere dei Manicomi troppo pletorici e specialmente di quelle *superdreadnoughts* Manicomiali che prendono l' ispirazione da Vienna, io crederei più pratico di porre la cifra di 500 alienati per ogni Istituto.

Non voglio poi certamente arbitrarmi di giudicare la questione della Provincia di Mantova, di cui non conosco affatto le condi-

zioni : non ho dunque alcun motivo per porre in dubbio le tue affermazioni. Sembrami però (giudicando, come si dice, ad occhio e croce) che noi alienisti, in attesa di raggiungere il nostro sogno di avocazione dei Manicomi allo Stato, dobbiamo sostenere, come minor male, il concetto della Provincializzazione dei Manicomi: è una bruttissima parola, che però esprime chiaramente il nostro programma. Il Manicomio di Castiglione delle Stiviere, se non erro, è retto da un'Opera Pia : quindi, per quanto larvato (se tiene dei malati di mente, mentre non ne ha l'obbligo), deve avere un programma di speculazione, e, se non l'avesse, non capisco perchè dovrebbe prendersi tanti fastidi per i begli occhi della Provincia di Mantova. Mi pare quindi che essa Provincia abbia bene provveduto ai propri interessi e a quelli dei propri infermi, facendo come ha fatto.

Ma ripeto, possono esservi ragioni particolari, che io non conosco e che tu non hai detto, per sostenere la tua tesi, e con impazienza attendo di leggere le altre considerazioni che prometti di fare alla fine della tua interessante memoria.

Scusa, caro Rebizzi, la troppo lunga e noiosa pappolata e perdona se qualche volta posso avere urtato troppo rudemente le tue convinzioni : se questo avvenne, ti assicuro che fu senza cattive intenzioni.

Tuo aff.mo
L. LUGIATO

MANICOMIO PROVINCIALE DELL' UMBRIA IN PERUGIA
Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

Sopra un caso di tetania in alcoolizzato

Considerazioni sulla patogenesi della tetania

NOTA

del Dott. **Guido Garbini**, primario e libero docente

L'estate scorsa ebbi occasione di esaminare un individuo alcoolizzato che presentava crisi tetaniache. Riferisco il caso perchè mi sembra di qualche interesse, prestandosi esso a brevi considerazioni sulla patogenesi, ancora non sufficientemente chiara, della tetania.

Si tratta di un carrettiere del comune di *Civezzano* (Trentino), cinquantenne e fortissimo bevitore. Egli tracanna giornalmente notevoli quantità di vino e di birra; ma non passa giorno che non consumi anche qualche bicchierino di mistrà e di grappa. Bevitore era il padre e bevitori sono i suoi fratelli. Egli ha cominciato a bere fino dalla più tenera età.

All'infuori di una polmonite e di qualche febbre reumatica non ebbe mai a soffrire di alcuna altra malattia.

Nell'Agosto 1912 dopo una grave ubbriacatura il paziente cominciò ad accusare astenia generale, repugnanza al cibo, pesantezza al capo, insonnia, senso di vertigine, sensazioni spiacevoli indefinibili agli arti.

Dopo qualche giorno dallo inizio di questi disturbi fu colto, un mattino, da contrazioni toniche, dolorose degli arti superiori prima e poi degli inferiori, contrazioni seguite da sudore abbondante. Nel giro di quindici giorni l'accesso tetaniaco si ripetè parecchie volte, prima con intensità sempre maggiore, poi a mano a

mano andò decrescendo in durata ed intensità fino a completa scomparsa.

Lo spasmo muscolare rimase sempre localizzato ai quattro arti (più intenso ai superiori che agli inferiori) non avendovi mai partecipato nè i muscoli del tronco, della faringe, del laringe, nè quelli masseterini.

Non riferisco, per amore di brevità, l' esame obbiettivo, per quanto riguarda i risultati negativi di esso, accontentandomi di riferire solo quella parte che interessa direttamente la diagnosi e l'argomento di cui tratto.

Status.

Al momento dell' esame ho notato : Buone condizioni generali; modico grado di dilatazione gastrica ; secondo tono aortico rinforzato ; polso regolare, ritmico, pieno.

Normale la funzionalità dei muscoli estrinsici ed intrinsici dei globi oculari. A carico dei rimanenti nervi cranici, facile esauribilità bilaterale del VII e del XII paio.

Tremori oscillatori, fini, nelle dita delle mani poste in posizione di chi giura : mancava qualsiasi accenno a sintoma di *Romberg.*

I movimenti attivi del capo e degli arti, sia superiori che inferiori, si compievano bene: quelli passivi opponevano una certa resistenza, di intensità uguale però da ambedue i lati.

La tonicità muscolare era esagerata ; e si provocava con molta facilità il nodo idiomuscolare. I riflessi degli arti superiori e quelli degli inferiori erano vivaci, ed uguali da ambedue i lati. Non vi era sintoma di *Babinski,* nè clono del piede.

Il paziente reagiva piuttosto vivacemente agli stimoli tattili e dolorifici.

Potei mettere in evidenza i sintomi di *Trousseau,* di *Chwosteck,* ed in parte anche quello di *Hoffmann.*

Comprimendo dunque adeguatamente i grossi tronchi nerveovascolari degli arti superiori provocai la comparsa dell'accesso nell'arto su cui esercitai la compressione ed ottenni rapida contrazione dei muscoli facciali dietro il semplice strisciamento sui rami del

pes anserinus major. Comprimendo poi, anche leggermente, il sopraorbitale, il grande safeno ed il cubitale, il paziente avvertiva parestesie che si diffondevano numerose sul territorio di innervazione del rispettivo tronco nervoso.

Non ebbi a rilevare nessun disturbo a carico della psiche.

Il sanitario che teneva in cura il paziente mi ha riferito di avere assistito ad un accesso tetaniaco; e così me lo ha descritto:

Gli accessi tetaniaci furono preceduti da un periodo prodromico di qualche giorno, periodo caratterizzato da malessere generale, senso di debolezza agli arti, cefalea non grave, probabile movimento febbrile di lieve entità, parestesie (intorpidimento e formicolio) alle dita delle mani e dei piedi.

L'accesso cominciò con crampi tonici intermittenti e rigidità dolorosa alle dita delle mani, che assunsero posizione di flessione caratteristica; mano a cono, pollice in adduzione forzata, mentre le altre dita erano fortemente ravvicinate le une alle altre, avambraccio in semiflessione sul braccio.

Gli arti inferiori erano irrigiditi in estensione, le dita del piede in flessione forzata ed il piede aveva assunto la posizione varo-equina.

L'accesso tetaniaco aveva risparmiati i muscoli del viso, della nuca e del tronco.

I muscoli degli arti contratti erano duri e dolenti alla pressione; ed abbastanza facilmente il sanitario poteva vincerne la rigidità. Però detta manovra, per quanto fatta con delicatezza, provocava al paziente grande dolore. L'accesso di tetania presenziato dal medico durò pochi minuti, risolvendosi gradatamente, ma lasciando il paziente, per più di un'ora, sfinito e torpido. Durante l'accesso la coscienza si mantenne sufficientemente integra: però il paziente era in preda ad uno stato di vera e propria angoscia.

Il quadro surriferito è così caratteristico da togliere ogni dubbio di errore diagnostico: è un caso di *tetania alcoolica.* Casi simili ne sono stati descritti ancora (dopo i primi riferiti da *Imbert*

Gourbèyre, da *Costa da Serda* e da *Frankl-Hochwart*); ma che io mi sappia, almeno in Italia, non sono frequenti. Ne fu osservato recentemente un caso nel Manicomio di Perugia, sul quale riferirà il collega Vitali.

Nosograficamente la tetania è, specialmente per merito di *Frankl-Hochwart*, un quadro bene conosciuto, mentre all'opposto le nostre cognizioni sulla sua patogenesi sono ancora assai incerte (*Frankl-Hochwart*), e non tutti gli autori dividono l'opinione sostenuta dal *Vassale*.

Per mio conto, e per i miei modesti studi sulle ghiandole a secrezione interna, ritengo che la tetania dipenda *esclusivamente* da una difettosa funzionalità delle paratiroidi e che tutte le altre cause eventuali agiscano in quanto producono una alterazione delle ghiandole in parola. Questa opinione è anche divisa da *Mattirolo*, il quale parlando di questa affezione dice « plausibile l'ipotesi che gli individui predisposti alla tetania siano quelli in cui esiste una *insufficienza funzionale latente* delle ghiandole paratiroidi, sia per lesioni patologiche, sia per assenza congenita di qualcuna di queste ghiandole ».

Ora più che una ipotesi seducente penso debba ritenersi una realtà dopo i recenti studi sulla funzione dell'apparecchio tiro-paratiroideo. Io cercherò di brevemente dimostrare che, nel caso in parola, come per tutti gli altri di tetania alcoolica, la causa della affezione debba ricercarsi unicamente in una insufficienza funzionale delle ghiandole paratiroidi. Raggiunto questo intento per il caso in esame sarà facile, a rigor di logica, inferire che tutte le tetanie fin qui descritte e che vanno sotto il nome di tetania consecutiva a malattie gastro-intestinali, a malattie infettive acute, ad intossicazione, come pure quella delle gravide e delle partorienti, quella dei bambini, quella dipendente da malattia di *Basedow* ecc, dipendano da una unica causa (*insufficienza funzionale delle ghiandole paratiroidi*) perchè sarebbe, a mio credere, scientificamente illogico ritenere che una identica affezione con caratteri clinici identici e costanti, avesse, volta per volta, diversa patogenesi.

È ormai acquisito alla scienza mercè le esperienze sugli ani-

mali di *Vassale,* di *Carnevali* ecc. che la abolizione o la deficienza funzionale della tiroide dà luogo al mixoedema, in quantochè il corpo tiroide ha, col suo prodotto di secrezione, una funzione trofica sulla nutrizione generale. Le paratiroidi invece hanno un' azione in prevalenza protettiva dell'organismo, una funzione antitossica. Negli animali operati di paratiroidectomia totale si sviluppa ben presto una tetania che li conduce a morte, mentre alla paratiroidectomia parziale seguono fenomeni di tetania transitoria e lieve, oppure cronica e recidivante (*Vassale* e *Fiori*), inquantochè le paratiroidi rimaste in sito non hanno la capacità di supplire quelle mancanti.

Gli studi del tutto recentissimi di *Schmiergeld,* di *Zalla* ed i miei sulle alterazioni dell'apparecchio tiroideo negli alcoolizzati hanno messo in evidenza che detto apparecchio reagisce alle tossine alcooliche. I miei esperimenti sui cani intossicati con vino, con alcool etilico e metilico, messi in rapporto colle ricerche di *Schmiergeld* e *Zalla* e coi lavori di *Vassale* e della sua scuola, hanno dimostrato, a parer mio, abbastanza chiaramente, che tutto l'apparecchio tiroideo reagisce di fronte alla intossicazione alcoolica (in modo speciale a quella etilica e metilica), in primo tempo con una esaltazione della sua funzionalità; in secondo tempo, perdurando l'azione tossica dell'alcool, colla insufficienza funzionale (stato di riposo della ghiandola), cui segue sclerosi dell'apparecchio ghiandolare.

Sulle direttive dei dati sperimentali e delle risultanze delle ricerche anatomopatologiche sull' uomo cronicamente alcolizzato *(Schmiergeld, Zalla, Garbini)* è facile pensare che la tetania, nel caso del carrettiere in esame, sia comparsa per deficienza funzionale transitoria delle ghiandole paratiroidee, deficienza funzionale, in rapporto di causa ad effetto, colla grave intossicazione alcoolica (vino, birra, liquori). Nel carrettiere le paratiroidi, sotto la continua protratta azione tossica dell' alcool, funzionando scarsamente provocarono gli accessi tetaniaci, i quali rapidamente cessarono non appena le ghiandole in parola, soppressa ogni immissione nel-

l' organismo di liquidi alcoolici, tornarono a funzionare sufficientemente.

Ma non solo la logica dei fatti mi fa supporre che la deficienza funzionale delle paratiroidi sia stata, nel caso in parola, causa unica e diretta della comparsa della tetania, ma benanche me lo fa supporre lo esperimento. Esperimentando infatti sui cani, ho osservato che parecchi di essi, intossicati cronicamente coll' alcool, erano colti da tremori e da crampi prevalentemente localizzati negli arti e che uno di essi ebbe a soffrire di vero e proprio accesso tetaniaco. In questo cane, nel quale in vita riuscii a provocare crampi caratteristici colla compressione del fascio nerveo-vascolare degli arti posteriori, all' esame microscopico dell' apparecchio tiroparatiroideo trovai traccie evidenti di ipofunzionalità paratiroidea.

Ammesso dunque che la tetania alcoolica dipenda da una difettosa funzione paratiroidea sono condotto a ritenere che non si possono formulare serie obbiezioni contro la ipotesi non solo seducente ma assai probativa che tutti i casi di tetania debbano essere considerati come dipendenti da una identica causa : la deficienza funzionale delle paratiroidi.

Osservando in senso lato i fatti scientificamente provati e seguendo le direttive della patologia generale si può sempre ammettere che vi siano individui predisposti alla tetania nei quali esiste una *insufficienza funzionale latente* delle ghiandole paratiroidi, dovuta o a lesioni patologiche, o ad assenza congenita di qualcuna di queste ghiandole ; e si può sempre ammettere che la insufficienza paratiroidea rimanga latente fino a quando, per ragioni diverse (gravidanza, allattameuto, intossicazioni, avvelenamenti, infezioni ecc.), necessitando all' organismo una funzione paratiroidea più attiva, e questa non potendo avere luogo, produca la comparsa di fenomeni convulsivi tetaniaci.

Ma, a prescindere anche da ciò, si possono far pur sempre osservazioni e constatazioni di fatti sulle singole forme tetaniache e si possono rivolgere obbiezioni agli argomenti portatì dagli autori a sostegno di questa o quella teoria patogenetica, obbiezioni

e constatazioni che dal canto loro confortano la ipotesi da me sostenuta.

È noto infatti come i bambini sani raramente ammalino di tetania; all' incontro l' affezione è relativamente frequente nei bambini che soffrono di disturbi gastroenterici e nei rachitici *(Ganghofner, Kirchgaesser* ecc.). Ora i bambini rachitici difettano fra l' altro di sali di calcio e di magnesio, e dalle indagini moderne è risaputo che le paratiroidi hanno effettivamente una influenza sul ricambio del calcio e del magnesio. Ma vi ha di più. *Erdheim, Ianase, Strada, Fischer, Harvier* ecc., riscontrarono con grande frequenza lesioni delle paratiroidi (degenerazione amiloide, tubercoli miliarici, noduli infiammatorii, embolie batteriche, e sopratutto focolai emorragici, o i loro relitti o ipoplasie) nei bambini spasmofili, a differenza di quelli normali. Fatti questi che fanno seriamente pensare ad un rapporto fra la *tetania infantum* e le paratiroidi, come aveva già sospettato per il primo l' *Escherich.*

È poi facile arguire, anche per semplice analogia, che la tetania dei basedowiani dipenda unicamente da alterata funzione delle paratiroidi quando si pensi che la malattia di *Basedow* è appunto dovuta alla abnorme funzione di altra ghiandola a secrezione interna: alla tiroide.

Nella vita sessuale della donna, è ben noto, le ghiandole a secrezione interna assurgono a notevolissima importanza, come pure è noto che molti disturbi delle gravide debbono la loro origine alla ipofunzionalità di questa o quella ghiandola endocrina. Gli studi recenti infatti tendono a ritenere, ad esempio, che il vomito incoercibile delle gravide sia legato ad insufficienza di alcune ghiandole endocrine, le surrenali: e conseguentemente a questo concetto, gli ostetrici consigliano, con vantaggio, l'adrenalina. Non vi è dunque nulla nella tetania gravidica che urti contro il concetto patogenetico di insufficienza paratiroidea: esso ne è anzi avvalorato.

Alla teoria paratiroidea qualcuno potrebbe obbiettare che la tetania sorge anche in forma epidemica, che essa è rara in certi paesi, ad es. la Svezia, frequente in altri, sconosciuta o quasi in

certi luoghi; che esistono rapporti, per lo meno apparenti, fra la tetania e malattie gastro-intestinali e che esiste il fatto strano di mestieri (calzolaio), i quali creano una spiccatissima predisposizione a contrarre la tetania.

Queste possibili obbiezioni non sembrano di tale entità da riuscire a scuotere le basi sulle quali è sorta la teoria paratiroidea.

Per quanto riguarda la tetania epidemica si può sempre rispondere che è abbastanza diffusa fra gli autori la opinione che nella maggioranza dei casi non si tratti di tetania organica, ma di tetania funzionale di natura isterica. Non volendo però *a priori* ammettere questo modo di vedere si può sempre, e con fondamento, supporre che la tetania epidemica, specialmente quella accompagnata da febbre, sia data da un germe infettivo, agente sulle ghiandole paratiroidee, che a loro volta resterebbero lese nella loro funzione (insufficienza funzionale). Nulla di strano che tale possa essere il meccanismo patogenetico della tetania epidemica ricordando che in patologia esistono altri esempi di malattie epidemiche localizzantesi in ghiandole speciali. Valga per tutti l'esempio delle parotiti infettive.

I rapporti che esistono fra tetania e malattie gastrointestinali che servirono al *Kussmaul* per edificare la sua teoria gastrica della tetania non parlerebbero contro la teoria paratiroidea, perchè può sempre ammettersi che si tratti di individui con paratiroidi *ab origine* funzionalmente insufficienti, se non si voglia ritenere che le tossine originantesi dalla malattia gastrointestinale in grande copia agiscano, oltre che sugli altri sistemi ed apparecchi, anche sull'apparecchio paratiroideo, paralizzandone la funzione.

Resta pur sempre il fatto strano che certi paesi siano immuni o quasi da tetania, e che siano specialmente colpiti da questa forma morbosa i calzolai.

Tale constatazione ha fatto molto pensare gli osservatori ed ha fatto ventilare all'*Oppenheim* la ipotesi che il mestiere non produca lo spasmo tetaniaco come tale ma crei indirettamente l'occasione ad ammalare di tetania, ponendo i soggetti in contatto con un veleno a noi per ora ignoto, e che forse è contenuto nel cuoio.

Può darsi che nel cuoio esista un veleno che agisca sulle paratiroidi, ma a me pare strano che i soli calzolai tedeschi vadano soggetti alla tetania, mentre nei nostri paesi, anche fra i calzolai, essa è rarissima. Io sarei disposto invece a pensare che la stragrande maggioranza dei casi di tetania, nei calzolai tedeschi sugli altri operai, debba essere una *tetania alcoolica.*

È da tutti risaputo infatti che i calzolai, più di qualsiasi altro operaio, sono, quasi senza eccezione, dediti all'abuso di bevande alcooliche, di liquori in ispecie: questo dato di fatto mi sembra sufficiente, dopo quanto ho detto in rapporto al caso clinico da me riferito, per spiegare la notevole frequenza della malattia in discussione in questi individui.

Ed allora la rarità della tetania in Italia si spiega abbastanza bene quando si noti che nel nostro paese l'alcoolismo non è ancora così diffuso e grave come lo è in Germania ed in generale nei paesi molto freddi. La rarità della tetania in Svezia, paese nordico per eccellenza, può essere messa logicamente in rapporto colla notevole diminuzione dell'alcoolismo in questi ultimi decenni, dovuta alla mirabile lotta combattuta contro di esso, in quel paese, da Governo e da Enti privati.

Si è anche constatato che i casi di tetania sono più frequenti in marzo ed in aprile che non negli altri mesi; ma ciò potrebbe, fra l'altro, dipendere dal fatto che nei mesi di inverno il consumo degli alcoolici è di gran lunga superiore che nelle rimanenti stagioni.

Concludendo quindi ritengo che *la tetania sia determinata unicamente da insufficienza funzionale paratiroidea, si sviluppi essa in seguito a malattie gastrointestinali o ad intossicazioni, a malattie infettive, a gravidanza ed allattamento, a malattie nervose, ed a rachitismo.*

Perugia, febbraio 1913.

BIBLIOGRAFIA

Carnevali. — Cit. da *Garbini,* loc. cit.

Erdheim. — Cit. da *Luzzatti,* loc. cit.

Escherich. — Die Tetanie der Kinder. 1909.

Fischer. — Cit. da *Luzzatti,* loc. cit.

Frankl-Hochwart. — La tetania degli adulti. *La Clinica Contemporanea. Volume VI, 1909.* — Die Tetanie der Erwachsenen; *Nothnagels Handbuch, 2 Auflage, 1907.*

Ganghofner. — Cit. da *Oppenheim,* op. cit.

Garbini G. — Contributo clinico ed anatomopatologico alla conoscenza del mixedema post-operatorio, con speciale riguardo alla funzione della Ipofisi; *Riv. di patol. nerv. e mental. Anno XI, fasc. 12.*

— Le ghiandole a secrezione interna nell'avvelenamento sperimentale cronico da alcool: *Annali del Manicomio Prov. di Perugia, 1912.*

Harvier. — Cit. da *Luzzatti,* loc. cit.

Kirchgaesser. — Cit. da *Oppenheim,* loc. cit.

Ianase. — Cit. da *Luzzatti,* loc. cit.

Luzzatti T. — La spasmofilia nella infanzia. — *Riv. Ospedaliera.* Vol. I. N. 23.

Leyden E. Klemperer F. La clinica contemporanea. Vol. VI. Malattie nervose. *Società Editrice libraria, 1909.*

Mattirolo G. — Semeiologia delle malattie nervose. *Unione tipografico-editrice torinese, 1910.*

Massalongo. — Nevrosi traumatiche e tetania. *Tratt. Ital. di pat. e terapia med.*

Oppenheim. — Trattato delle malattie nervose. *Soc. edit. libraria 1906.*

Strada. — Cit. da *Luzzatti,* loc. cit.

Schmiergeld. — Cit. da *Garbini,* loc. cit.

Vassale. Cit. da *Garbini,* loc. cit.

Vassale e Fiori. — Cit. da *Mattirolo,* op. cit.

Zalla. — Cit. da *Garbini,* loc. cit.

MANICOMIO PROVINCIALE DELL' UMBRIA IN PERUGIA
Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

SOPRA UN CASO DI TETANIA

con speciale rapporto sulle nuove teorie delle ghiandole endocrine

NOTA CLINICA per il Dott. **Camillo Vitali**

V. Vincenzo, di anni 59, coniugato, colono, da Foligno.

Entra al Manicomio l'8 marzo 1911.

Il padre è morto a 52 anni per infezione acuta d' origine intestinale, e la madre a 86 anni per marasma senile. Non risulta che vi fosse alcoolismo o sifilide familiare, ne malattie nervose o mentali.

Il V. ebbe sviluppo normale, nè ha mai sofferto di qualsiasi malattia di carattere. Si escludono con certezza malattie veneree e sifilitiche. Ha trascorso la sua vita in seno alla propria famiglia e la sua occupazione giornaliera è stata sempre il lavoro dei campi. Si è coniugato all'età di circa 30 anni con una donna sana, dalla quale ha avuto otto figli : tre morti in tenera età, cinque viventi ed in buono stato di salute.

Il *V.* è da lunghi anni strenuo bevitore di vino. Non è fumatore. A 57 anni circa senza causa apprezzabile, e senza avere in quel giorno abusato di vino, mentre custodiva il bestiame fu all'improvviso colpito da senso vago di debolezza alla mano destra, seguito subito dopo da tremore di tutto l'arto così intenso da costringerlo a tralasciare il lavoro. Si mise in letto e con dei ristorativi il disturbo cessò in poco tempo, nè in seguito ebbe a ripetersi. Il paziente attribuisce il malessere sofferto al fatto che da qualche tempo era fisicamente deperito e si sentiva estenuato. In seguito ebbe a lamentarsi di parestesie localizzate alla mano e al

BIBLIOGRAFIA

Carnevali. — Cit. da *Garbini*, loc. cit.

Erdheim. — Cit. da *Luzzatti*, loc. cit.

Escherich. — Die Tetanie der Kinder. 1909.

Fischer. -- Cit. da *Luzzatti*, loc. cit.

Frankl-Hochwart. — La tetania degli adulti. *La Clinica Contemporanea. Volume VI, 1909.* — Die Tetanie der Erwachsenen; *Nothnagels Handbuch, 2 Auflage, 1907.*

Ganghofner. — Cit. da *Oppenheim*, op. cit.

Garbini G. — Contributo clinico ed anatomopatologico alla conoscenza del mixedema post-operatorio, con speciale riguardo alla funzione della Ipofisi; *Riv. di patol. nerv. e mental. Anno XI, fasc. 12.*

— Le ghiandole a secrezione interna nell'avvelenamento sperimentale cronico da alcool: *Annali del Manicomio Prov. di Perugia, 1912.*

Harvier. — Cit. da *Luzzatti*, loc. cit.

Kirchgaesser. — Cit. da *Oppenheim*, loc. cit.

Ianase. — Cit. da *Luzzatti*, loc. cit.

Luzzatti T. — La spasmofilia nella infanzia. — *Riv. Ospedaliera.* Vol. I. N. 23.

Leyden E. Klemperer F. La clinica contemporanea. Vol. VI. Malattie nervose. *Società Editrice libraria, 1909.*

Mattirolo G. Semeiologia delle malattie nervose. *Unione tipografico-editrice torinese, 1910.*

Massalongo. Nevrosi traumatiche e tetania. *Tratt. Ital. di pat. e terapia med.*

Oppenheim. — Trattato delle malattie nervose. *Soc. edit. libraria 1906.*

Strada. Cit. da *Luzzatti*, loc. cit.

Schmiergeld. — Cit. da *Garbini*, loc. cit.

Vassale. Cit. da *Garbini*, loc. cit.

Vassale e Fiori. — Cit. da *Mattirolo*, op. cit.

Zalla. — Cit. da *Garbini*, loc. cit.

MANICOMIO PROVINCIALE DELL'UMBRIA IN PERUGIA
Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

SOPRA UN CASO DI TETANIA

con speciale rapporto sulle nuove teorie delle ghiandole endocrine

NOTA CLINICA per il Dott. **Camillo Vitali**

V. Vincenzo, di anni 59, coniugato, colono, da Foligno.

Entra al Manicomio l'8 marzo 1911.

Il padre è morto a 52 anni per infezione acuta d'origine intestinale, e la madre a 86 anni per marasma senile. Non risulta che vi fosse alcoolismo o sifilide familiare, ne malattie nervose o mentali.

Il V. ebbe sviluppo normale, nè ha mai sofferto di qualsiasi malattia di carattere. Si escludono con certezza malattie veneree e sifilitiche. Ha trascorso la sua vita in seno alla propria famiglia e la sua occupazione giornaliera è stata sempre il lavoro dei campi. Si è coniugato all'età di circa 30 anni con una donna sana, dalla quale ha avuto otto figli: tre morti in tenera età, cinque viventi ed in buono stato di salute.

Il *V.* è da lunghi anni strenuo bevitore di vino. Non è fumatore. A 57 anni circa senza causa apprezzabile, e senza avere in quel giorno abusato di vino, mentre custodiva il bestiame fu all'improvviso colpito da senso vago di debolezza alla mano destra, seguito subito dopo da tremore di tutto l'arto così intenso da costringerlo a tralasciare il lavoro. Si mise in letto e con dei ristorativi il disturbo cessò in poco tempo, nè in seguito ebbe a ripetersi. Il paziente attribuisce il malessere sofferto al fatto che da qualche tempo era fisicamente deperito e si sentiva estenuato. In seguito ebbe a lamentarsi di parestesie localizzate alla mano e al

braccio destro, alle quali non dava peso. Pochi giorni prima che fosse ricoverato al Manicomio fu preso all' improvviso da senso grave di pesantezza al capo, che andò aggravandosi fino a renderlo incosciente.

Infatti all'ingresso presentava fenomeni di completo disorientamento; inoltre disturbi psicosensoriali auditivi e visivi, per cui parlava, gridava, gesticolava in atto declamatorio, minacciava, senza però fuggire dal suo letto.

Lo stato generale denotava una marcata denutrizione ; la cute arida, le mucose pallide.

Statura media, sviluppo scheletrico normale, conformazione del cranio, del tronco e degli arti regolare, senza che si potessero rilevare segni degenerativi di qualche importanza.

L'esame dell'apparato ghiandolare linfatico negativo, in modo da escludere infezione luetica, ereditaria od acquisita. La tiroide appariva pure normale.

Apparato respiratorio sano.

L'area cardiaca nei limiti normali ; l'itto della punta è però poco valido ; toni netti, ma deboli in tutti i focolai. Ai lati del collo e al giugolo si osservano evidenti le pulsazioni dei grossi vasi.

Le arterie superficiali sono un poco indurite. Pulsazioni alla radiale 72 al minuto primo. Pressione sanguigna col Riva Rocci al braccio destro 170 mm. di Hg., al sinistro 165.

L'alito è assai cattivo, la lingua è fortemente impaniata, v'è anorresia e stipsi : dalla delimitazione dell'area gastrica lo stomaco risulta un poco ingrandito ; e si provoca dolorabilità all'epigastrio.

L'addome è avvallato, contratto. Il fegato deborda dall' arco costale, la milza è nei limiti pressochè normali.

Apparato urinario normale nella sua funzione.

Sistema nervoso : l'infermo trovasi in uno stato di grave astenia ; si regge malamente in piedi e l'andatura è incerta e barcollante. I movimenti attivi del capo, degli arti superiori ed inferiori sono assai limitati : quelli passivi oppongono notevole resistenza e risvegliano dolore.

Esiste una certa fissità dei bulbi oculari ed i muscoli della faccia sono contratti. La tonicità muscolare in genere è piuttosto alta. Si provoca facilmente il nodo idio muscolare.

Le pupille di media ampiezza reagiscono limitatamente agli stimoli luminosi. Il riflesso congiuntivale è pronto, il faringeo torpido. Dei riflessi tendinei quelli degli arti superiori sono assai torpidi, i patellari quasi scomparsi, manca il riflesso del tendine di Achille.

I cutanei deboli. Negativo il sintoma di Babinski. Non si provoca il clono del piede.

Lo stato mentale del paziente non permette un esame accurato della sensibilità, però possiamo osservare che agli stimoli dolorosi l'infermo reagisce, sebbene tardivamente.

La pressione su alcuni tronchi nervosi superficiali, come il sopra orbitale e l'ulnare, riesce dolorosa.

La eccitabilità elettrica dei nervi è pure maggiore che nel normale; così a piccole correnti si hanno contrazioni pronte e violente. Il fenomeno di Chovosteck riesce evidentissimo: quello di Hoffmann non può essere ricercato per le condizioni mentali dell'infermo.

Questi al secondo giorno di degenza al Manicomio ha un accesso di contrattura spasmodica diffusa alla muscolatura degli arti e a quella delle pareti addominali Queste si retraevano e diventavano rigide, gli arti inferiori ugualmente irrigiditi e distesi non potevano in alcun modo venire flessi, i piedi assumevano la posizione di estensione massima, gli arti superiori restavano leggermente flessi e le dita delle mani assumevano l'atteggiamento tipico dell'accesso tetaniaco. Tutti i muscoli erano in istato di marcata contrattura, non esclusi quelli del tronco, della nuca, della faccia, i masseteri, dei bulbi oculari e dell'iride.

La durata di questo accesso fu di circa trenta minuti: nella sua fase terminale veniva facilmente riacutizzato comprimendo i principali tronchi nervosi del braccio o della gamba (fenomeno di Trousseau). Simili attacchi di tetania si ripeterono nello spazio di quindici giorni per otto volte, ma a mano a mano sempre con mi-

nore intensità e durata. Scomparsi gli accessi, l'infermo è andato molto lentamente migliorando sia nelle condizioni fisiche che mentali, fino a potersi considerare guarito circa due mesi dal suo ingresso allo Stabilimento.

Durante il tempo che lo ebbi in osservazione ho praticato accurati esami nelle urine raccolte nelle 24 ore sia durante gli attacchi tetaniaci, sia nello stato normale del paziente ; ed ebbi cura durante tali ricerche di tenere sempre il malato ad una dieta uniforme.

Ne espongo qui appresso i resultati.

STATO del paziente	Quantità nelle 24 ore	Reazione	Peso specifico	Materiali solidi	Albumina e glucosio	Acetone	Fosfati in toto	Fosfati alcalini	Fosfati terrosi	Urea	Urati	Cloruri	Sedimenti
	c. c.			gr.			gr.	gr.	gr.	gr.			
PERIODO TETANIACO	1520	acida	1015	52	ass.te	abb.te	0,820	0,136	0,684	27	scarsi	scarsi	muco
	1490	acida	1014	64	ass.te	abb.te	0,960	0,328	0,632	26	id.	id.	id.
	1500	acida	1014	68	ass.te	abb.te	1,020	0,295	0,725	28	id.	id.	nulla
STATO NORMALE	1540	acida	1016	72	ass.te	scarsa	1,580	0,950	0,630	30	scarsi	scarsi	nulla
	1580	acida	1017	76	ass.te	nulla	1,650	1.090	0,560	28	norm.li	norm.li	nulla
	1520	acida	1017	74	ass.te	nulla	1,540	1,120	0,420	27	norm.li	norm.li	nulla

N. B. - Le cifre si riferiscono tutte alla quantità totale di sostanze eliminate nelle 24 ore.

nore intensità e durata. Scomparsi gli accessi, l'infermo è andato molto lentamente migliorando sia nelle condizioni fisiche che mentali, fino a potersi considerare guarito circa due mesi dal suo ingresso allo Stabilimento.

Durante il tempo che lo ebbi in osservazione ho praticato accurati esami nelle urine raccolte nelle 24 ore sia durante gli attacchi tetaniaci, sia nello stato normale del paziente; ed ebbi cura durante tali ricerche di tenere sempre il malato ad una dieta uniforme.

Ne espongo qui appresso i resultati.

STATO del paziente	Quantità nelle 24 ore	Reazione	Peso specifico	Materiali solidi	Albumina e glucosio	Acetone	Fosfati in toto	Fosfati alcalini	Fosfati terrosi	Urea	Urati	Cloruri	Sedimenti
	c. c.			gr.			gr.	gr.	gr.	gr.			
PERIODO TETANIACO	1520	acida	1015	52	ass.te	abb.te	0,820	0,136	0,684	27	scarsi	scarsi	muco
	1490	acida	1014	64	ass.te	abb.te	0,960	0,328	0,632	26	id.	id.	id.
	1500	acida	1014	68	ass.te	abb.te	1,020	0,295	0,725	28	id.	id.	nulla
STATO NORMALE	1540	acida	1016	72	ass.te	scarsa	1,580	0,950	0,630	30	scarsi	scarsi	nulla
	1580	acida	1017	76	ass.te	nulla	1,650	1.090	0,560	28	norm.li	norm.li	nulla
	1520	acida	1017	74	ass.te	nulla	1,540	1,120	0,420	27	norm.li	norm.li	nulla

N. B. - Le cifre si riferiscono tutte alla quantità totale di sostanze eliminate nelle 24 ore.

Il decorso e la sintomatologia della forma morbosa che ebbi ad osservare non lasciava dubitare sulla Diagnosi di tetania: i disturbi motori a carattere decisamente spastico non potevano in alcun modo supporsi di natura epilettica; i fenomeni ormai ben noti di Chovosteck, di Trousseau affermavano il concetto diagnostico. Volli, dietro consiglio del Direttore, che confermò la diagnosi di tetania in alcoolizzato, illustrare il caso credendolo di una qualche importanza sia per i sintomi, che per il decorso.

Prima di tutto l'inizio improvviso e violento della convulsione tetaniaca e la generalizzazione della contrattura spasmodica a tutti i muscoli del tronco: così osservai trisma, opistotomo, arresto della respirazione, congestione faciale; sintomi questi che non in tutti i casi di tetania si manifestano; anzi alcuni autori (Escherich, Guinon) dànno a queste forme gravi il nome di pseudotetano e li distinguono solo per la violenza degli attacchi, per l'assenza della febbre e talvolta per la conservazione dell'intelligenza. Nel V. gli accessi comparvero per la prima volta il secondo giorno di degenza al Manicomio, quando già si erano sviluppati quei disturbi psicopatici che avevano offuscato la coscienza dell'infermo. È qui il caso di analizzare se quelle crisi convulsive fossero secondarie ad un processo encefalico o se tetania e disturbi psichici avessero una causa comune. Se riandiamo all'anamnesi del paziente, apprendiamo dalle notizie che in seguito egli stesso ci ha fornite, come da più di un anno egli andasse soggetto a delle parestesie degli arti, a paresi e tremori del braccio destro.

Questi disturbi della sensibilità debbono a mio parere collegarsi alle condizioni di arteriosclerosi vasale riscontrata nel paziente mentre i disturbi psichici e la tetania hanno una origine unica: l'alcoolismo. Ed ecco che noi ci troviamo di fronte ad un caso di tetania d'origine tossica, accompagnata da psicosi con delirio allucinatorio, non frequente a riscontrarsi nella letteratura, tenendo anche conto di quanto fanno notare Frahkl-Hochwart e Tonnelli, che in molti casi in cui la tetania si combinava a psicosi, quella veniva confusa con delle contrazioni toniche diffuse, facili a riscontrarsi negli alienati.

Così raramente riscontriamo nella forma morbosa in parola il laringospasmo, la rigidità pupillare, la quasi scomparsa dei riflessi patellari, l'assenza del riflesso del tendine di Achille. Nel paziente dominava pure il quadro della intossicazione intestinale, che si giudicava facilmente e per la ostinata stipsi e per il fetore dell'alito e per lo spessore della patina della lingua. Anche gli esami delle orine stànno ad indicare, per la presenza dell' acetone, un processo tossico, fatto questo che è andato scomparendo durante la guarigione. Nel periodo di male ebbi a notare anche l' inversione della formula dei fosfati, come nella isteria e in altre nevrosi convulsivanti.

Voglio anche mettere in rilievo la magrezza del paziente, l'aridezza dei suoi tessuti, fenomeni che andarono pure scomparendo col migliorare dell'infermo, come ugualmente scomparvero gli altri sintomi patologici testè descritti.

Ed ora poche parole intorno alla patogenesi di questa forma morbosa.

La più antica teorìa sulla tetania è la gastrica, e la prima osservazione di tetania d'origine gastrica fu descritta del Morgagni: in seguito Kussmaul richiamò l' attenzione sugli accessi che caratterizzano la tetania, e attribuì la causa di questa disposizione che avevano i malati di stomaco ad un condensamento del sangue e diseccamento dei tessuti per i ripetuti vomiti. Frankl-Hochwart nella sua monografia fa un gruppo a parte della tetania consecutiva ad affezioni gastro-intestinali negli adulti e ritiene la comparsa di tale affezione come segno infausto, poichè la mortalità supera il 70 %. La teoria di Kussmaul fu presto abbandonata e sostituita della teoria riflessa di Sée; soltanto il Fleiner ha cercato assai recentemente ridare vita all'ipotesi del condensamento del sangue e consecutivo prosciugamento dei nervi e dei muscoli.

Ma il concetto dominante per spiegare la patogenesi della tetania è l'autointossicazione. Si è cercato anche d'isolare i veleni che si producono nello stomaco di questi malati, e rammenterò a questo riguardo gli studi e le ricerche di Bouveret, Devic, Cassàèt, Briger, Kulneff, ecc. Si è anche tentato ricercare negli

escreti quelle sostanze che starebbero a rappresentare le tossine, ma questi studi hanno dato risultati negativi (Gumprecht, Hysmann, Berghs, Strauss, Müller, ecc.); mentre le ricerche relative alle modificazioni quantitative nelle eliminazioni dei prodotti normali di secrezione hanno dato risultati concordi e utilizzabili. Cosí se da un lato abbiamo bene delineate le alterazioni del ricambio consecutive ad una autointossicazione, dall'altro siamo sempre assai incerti sulle cause e sulle origini di quelle sostanze endogene che la provocano. Secondo Krauss e Albu dobbiamo intendere per autointossicazione tutti i processi in cui, nell'organismo stesso, prendono origine prodotti velenosi in certe fasi del ricambio normale e patologico e si accumulano nell'organismo.

Questo concetto generico dell' autointossicazione può accettarsi anche in favore della patogenesi della tetania, dato che questa, come risulta da numerose osservazioni, può svilupparsi nel corso di malattie infettive di ogni natura, nelle malattie dell'apparato gastroenterico, nei perturbamenti delle funzioni dell' apparato genitale femminile, nelle malattie nervose del ricambio, avvelenamenti, ecc.

Ma altre teorie sorsero a tentare una più particolareggiata spiegazione della patogenesi della tetania.

Loeventhal e Wiebrecht trovarono vantaggiosa in alcuni casi la somministrazione di estratto delle ghiandole surrenali. Queste vedute non ebbero numerosi seguaci, anche perchè in molti altri casi non si ebbero risultati favorevoli dall'uso di quella sostanza medicamentosa. Altri autori, ponendo in relazione la tetania dei bambini rachitici con una alterazione di ricambio del Calcio nell'organismo, vollero generalizzare queste loro idee e ritennero che la tetania fosse una conseguenza del perturbato metabolismo del Calcio. Molti studi furono fatti a questo riguardo e le conclusioni a cui vennero i diversi autori dimostrarono la poca sicurezza dei loro asserti.

Viene infine la teoria para-tiroidea, per la quale si ricollega l'ipotesi che la tetania abbia per base un' alterazione del metabolismo del Calcio, nel senso che quell' apparato avrebbe una fun-

ione regolatrice ed attiva sul ricambio organico di quella sostanza. Anche a questo riguardo non mancarono insuccessi, e quindi nuove incertezze, per le quali si venne ad escludere quasi del tutto la tiroide nella patogenesi della tetania e ad attribuire soltanto all'apparato paratiroideo una specifica influenza sulla genesi della medesima.

Intanto, riferendomi al caso da me osservato, dirò subito che in esso la tetania si manifestò nel corso di una malattia mentale, dovuta questa alla intossicazione alcoolica e ad una conseguente autointossicazione cagionata da atonia e catarro gastro-intestinale acuto. Infatti i fenomeni gastro-enterici dominavano il quadro morboso; e il malato aveva alito fetido, acetonico, la regione dello stomaco ingrandita, tumida, dolente, provava assoluta repugnanza al cibo, la funzione gastro-intestinale era gravemente perturbata. Durante questo stato patologico insorsero i primi disturbi tetaniaci, i quali andarono di pari passo con la gravità dei fenomeni gastroenterici e si dileguarono quando la funzione digestiva tornò normale.

Così, volendo riportare ad una delle tante teorie patogene questo caso di tetania, non posso che ritenerlo d'origine autotossica per una perturbata funzionalità dello stomaco e dell'intestino. E con me molti autori (Brieger, Massalongo, Silva, Bonard, Agostini, Ferranino, Garbini, Bouveret, Dewe ecc.) sostengono e si fanno propugnatori della teoria autotossica d'origine gastro-intestinale nella patogenesi delle più importanti neuropatie, essendo tale apparato il più esteso, il più assorbente ed il generatore delle sostanze velenose le più svariate e le più pericolose per il nostro organismo.

Ma qui mi occorre generalizzare la questione e riferirmi alle più moderne vedute riguardanti la funzione delle ghiandole a secrezione interna. È ormai indiscussa la grande importanza della elaborazione dei vari succhi che questi organi provvedono; e i numerosi studi dei diversi autori portano tutti ad una conclusione, che l'alterata costituzione isto-anatomica e per conseguenza l'anormale funzione di questi organi ghiandolari si ripercuote in tutti i tessuti e nell'intiero organismo, producendo svariate sindrome patologiche. Alle ghiandole endocrine dobbiamo noi assegnare due

grandi poteri: quello di regolarizzare l'accrescimento e la normale evoluzione di tutti i tessuti e di proteggerli dalle eventuali infezioni od intossicazioni, siano queste d'origine endogena od esogena. Non mancano a questo riguardo studi sperimentali i più svariati, i quali servono a dimostrare l'asserto.

Così considerando il vasto campo delle secrezioni interne, noi possiamo collegare le diverse forme cliniche, sieno esse riguardanti le malattie costituzionali, o del ricambio o del sistema nervoso o mentale, con le alterazioni d'ipo - od iperfunzionalità di questi organi ghiandolari.

Nella tetania si è portato in campo l'apparato tiroparatiroideo, e più particolarmente quest'ultimo, come quello che da solo sarebbe capace di produrre alterazioni organiche e funzionali nel campo del sistema nervoso periferico e centrale. E non vi è dubbio; molti casi di tetania guariscono colla somministrazione dell'estratto di quelle ghiandole e molti casi di tetania si ebbero in seguito alla estirpazione delle medesime; ma la questione va complicandosi quando noi pensiamo che la funzione di quelle ghiandole si riflette anche su altre forme patologiche, come ad es.; l'osteomalacia, il rachitismo, il morbo di Basedow, e che in molti casi di tetania si ebbero pure risultati favorevoli con la somministrazione degli estratti delle ghiandole surrenali. Di qui sorgono logiche considerazioni, che cioè all'apparato tiro-paratoideo, per quanto riguarda le patogenesi della tetania, dobbiamo attribuire una grande importanza, quale quella di neutralizzare fino ad un certo punto i veleni che si producono in un dato organismo; ma quell'apparato da solo sarebbe insufficiente, devono quindi esistere rapporti fisiologici tra le paratiroidi ed altri organi ghiandolari, rapporti intimi funzionanti all'unisono e cagionevoli d'alterarsi per le medesime cause.

Tali rapporti furono già dimostrati fra le paratiroidi e le ghiandole mammarie.

Malgrado fino ad oggi la questione sia isolata, tuttavia possiamo affermare che la teoria paratiroidea è sufficiente a spiegare la patogenesi della tetania, anche in questo caso di alcoolismo, in

quanto che per gli studi recenti di Zallo e di Garbini sappiamo che il corpo tiroide si altera profondamente nella sua costituzione istologica e nella sua funzione in seguito allo stimolo ripetuto dell' alcool sugli elementi costitutivi si esso.

I prodotti abnormi d' origine gastro enterica non trovarono più il loro naturale antitossico nella modificata funzionalità delle paratiroidi.

Ma poichè non tutti gli organismi reagiscono in ugual modo e alle infezioni e alle intossicazioni, anche della stessa natura; così dobbiamo ritenere che il sistema nervoso centrale partecipi in special modo, ed avvi nell'individuo una speciale predisposizione alle forme nevrosiche, tra le quali dobbiamo collocare la tetania. Che la tetania abbia intime relazioni con le altre nevrosi (epilessia, corea, cloni, miotonia, ecc.) è già stato oggetto di studio di molti autori, alcuno dei quali, così Lundborg, vorrebbe collegare l' origine di tutte le nevrosi con un abnorme funzionalità delle ghiandole tiroidi e paratiroidi. Forse il Lundborg ha ecceduto nelle sue vedute, e solo ulteriori studi potranno farci conoscere l' intimo legame di questi apparati ghiandolari con altri di non minore importanza, i quali tutti, con le loro funzioni secretive, regolano con insuperabile armonia questa macchina complessa che è l' uomo.

Altro studio importantissimo sarebbe di risalire allo sviluppo filogonetico ed ontogenetico di ciascun organismo per stabilire in quale parte del sistema nervoso centrale avvi una anormale ed incompleta evoluzione, così da costituire una fragile ed instabile funzionalità. Solo in questo modo potremo riunire quel gruppo di nevrosi, tra le quali la tetania, aventi per base una particolare individualità capace di disintegrarsi per le comuni cause patogene e di appalesarsi con determinate manifestazioni.

Dopo queste brevi considerazioni vengo alle seguenti conclusioni:

Nol soggetto sottoposto al mio studio dovette esistere, quale fatto degenerativo di sviluppo, una debolezza dell'apparato nervoso centrale;

L' intossicazione alcoolica deve avere profondamente alterato la istologica struttura e la funzionalità di quelle ghiandole endocrine, destinate a difendere l' organismo dalle eventuali intossicazioni od infezioni, ed in special modo dell'apparato tiro-paratiroideo;

L' autointossicazione intestinale ha provocato il manifestarsi della nevrosi, tetania, per l' insufficienza di quegli organi.

Ulteriori studi dovranno mettere in evidenza l' intima connessione della funzione normale e patologica delle ghiandole a secrezione interna.

BIBLIOGRAFIA

Adam Bochenek. — Sulle ghiandole paratiroidi — *Przeglad.* Lekarski, 1910 n. 19.

Agostini. — Contributo allo studio delle nevrosi convulsive per autointossicazione - *Il Policlinico,* 1896.

Arndt. - Über Tetanie und Psychose — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie:* 1874.

Albu. — *Arch. f. Verdanungskrankeiten,* 1898.

Albert. — Zur Casuistik der Kropfexstirpation — *Wiener medicinische,* Presse, 1882.

Brissaud. — Leçons sur les maladies nerveuses — Paris, Masson ed., 1899.

Ballet. — *Traité de Phatologie mentale* — Paris 1903.

Bircher. — Cit. da *Massalongo,* op. cit.

Berger. — Cit. da *Massalongo,* op. cit.

Bourevet et Devic. — *Revue de Medicine,* 1892.

Bassi. — Tetania e turbe psichiche in uremia saturnina. — *Ann. del Manicomio Prov. di Perugia,* 1909.

Calcaterra. — Sulla tetania — Considerazioni patogenetiche a proposito di un caso clinico di tetania gastrica con neurite ottica bilaterale — *Riv. Sper. di Freniatria,* 1910.

Charcot-Bouchard. — *Traité de Medicine* — Tome V.

Curschmann. — Tetania nell'adulto — *Deutsche ecc.* 1910, Vol. 39.

Carbone. — La funzione biologica delle paratiroidi — *Bioch. e Terapia Sperim.* Anno I, fasc. XI.

Danielsen. — Trapianti paratiroidei riusciti nella tetania paratireopriva — *Beiträge zur Klin. Chir.,* 1910.

Dutto. — Ricerche sulla ghiandola tiroide — *Rif. Med.,* 1906.

Frankl-Hochwart. — Die Tetanie. Berlin 1891.

— Ueber mechanische und elektrische Eiregbarkeit der Nerven und Muscheln bei Tetanie. 1888.

— Bemerkungen zur Lehre von der Tetanie — *Deutsches Arch.*

Fleiner — Tetania di origine gastro-enterica — *Münchener medicinische Wochenschrift.* 1903.

Gioseffi. — Cardiopatia e tetania — *Gazz. degli Osp. e delle Cliniche* — Luglio 1910.

Grossmann e Sternberg. — Eziologia della tetania — *Deutsche Zeitschr f. Nerveinheilk,* 1910, Vol. 39.

Garbini. — Contributo clinico ed anatomo patologico alla conoscenza del mixedema post-operatorio, con speciale riguardo alla funzione dell'ipofisi — *Riv. di patologia nerv. e ment.* 1907.

— Le ghiandole a secrezione interna nelle malattie mentali — « Ann. del Manic. Prov. di Perugia », 1910.

— Le ghiandole a secrezione interna nell' avvelenamento cronico da alcool — ibidem, 1911.

Guinon. — Le forme rare della tetania — *Semaine médicale.* Ottob., 1901.

Gley. — Note préliminaire sur les effets physiologiques et en particulier sur le suc extrait de la glande thyroide — *Comp. rend. hebd. d. la Soc. de Biol.,* 1891-95.

Hoffmann. — Zur Lehre von der Tetanie — *Deutsches, Arch. f. Klin. Medicin.,* 1888.

Kasparek. — Ein Fall von Tetanie mit. Intentionsckrämpfen — *Wiener Klin. Wochenschrift,* 1890.

Kunn. — Ein Fall von Mydriasis spart, und neuroretinitis mit. Ausgaus in Atrophiano opt bei Tetanie — *Wiener Klin. Wochenschrift.* 1872.

Kusmaul. — Zur Zehre von der Tetanie — *Berliner Klin. Woschenschrift,* 1872.

Kahler. — Über Tetanie. — Intern. *Klin. Bundschaux,* 1889.

Kràèpelin. — Trattato di Psichiatria.

Jouty. — Les glandes parathyroîdes. *Ètude anatomique et experimentale.* — Th. de Lyon, 1903.

Jeandelize. — Insuff. thyroïdienne et parathyroïdienne — Parigi 1903.

Jaksch. — Klin. Beitrage Zur Kenntuis der Tetanie — *Zeitschrift für Klin. Med.* 1890.

Imbert-Gourbeyre. — Recherches pour servir à l'hystoire de la contracture des extremités — Paris, 1862.

Luciani. — Fisiologia dell'uomo.

Lusena. — Fisiopatologia dell'apparecchio tiroparatiroideo — Firenze 1899.

Loebl. — Tetania ed autointossicazione. — *Wiener Klin. Woschenschrift.* 1903.

Lusena. — Nuove ricerche sull'apparecchio tiroparatiroideo *Rif. Med.* 1906.

Lapinsky. — Ein Fall von Wiederholter halluzinatorischer Verwirrtheit bei Tetanie. *Neur. Centr.* 1907.

Lustig. — *Patologia generale.* Milano 1906.

Morel. — Azione delle paratiroidi sull' osteogenesi — C. R. *Soc. de Biologie.* Paris, 1910.

Morel. — Le paratiroidi nella osteogenesi — *C. R. Soc. de Biologie.* 1909.

Mac Callum. — Die Berichnugen der Parathyroïddrüsen zur Tetanie. *Zentralblatt für allgemeins Pathologie,* 1905.

Massalongo. — Nevrosi traumatiche e tetania — *Trat. Ital. di Pat. e Ter. Medica.* Vol. II.

Montesi e Silvestri. — Perchè i sali di calcio prevengono e fanno scomparire le manifestazioni paratireoprive — *Gazz. Osp. e Clin.* Anno XXX.

Neusser. – Sulla patologia del corpo tiroide — *Semaine médicale,* 2 Mai 1906.

Oppenheim. — Trattato delle malattie nervose, 1905.

Oliver e Schafer. — On the physiological action of extracts of pituitary body and certain other glandular organs — *Journ. of Phisiol.*, 1895.

Pink. — Vorläufige Mittheihung zur Pathologie der Tetanie — *Neurol. Central.* N. 13, 1903.

Parrou e Goldstein. — Les sécretions internes — Paris 1909.

Peters. — Sull'anatomia patologica della tetania — *Deutsche Archiv. für Klin. Medicin.* Bd. 77, H. 1-2, 1903.

Petrowiski. — Contribution to the study Physiology of the Tiroid gland — *The Journal of mental Phathology,* 1905.

Quervain. — Ueber die Veränderungen des Centralnervensystems bei experimentellen Cachexia thyreopriva der Thiere — *Virchiw' s. Archiv.*, Bd. 133, 1893.

Rudinger. — Zeitsch. f. Inn. Pathol. u. Kinderheilk. 1908.

Reverdin. — *Revue médicale de la Suisse Romande,* 1882-83.

Roussy e Clunet. — Le paratiroidi nelle malattie di Parkinson. — *C. R. Société Neurologie,* Paris, 24. 2. 1910.

Segale. – Sulle ablazioni delle tiroidi e paratiroidi. *Archivio di Scienze Mediche,* 1906.

Strümpell. — Patologia del sistema nervoso.

Stein. — Drei seltene Fälle von Tetanie – *Allgemeine Wiener medizinische Zeitug,* 1899.

Satta. · Patologica, 1909.

Schultze. — Ueber einige Fälle von Tetanie. — *Berliner Klin. Wochenschrift,* 1874.

Thiemich. — Monatschrift f. Kinderheitk, 1906.

Traina. — Ein Falle von Tetania tyreopriva — *Zentralblatt für* allgmeine *pathologie,* 1902.

Vassale e Generali. — *Riv. di pat. nervosa e mentale,* 1897.

— *Riforma Medica,* 1907.

Weiss. – Ueber einen lethal abgelaufenen Fall von Tetanie. — *Anzeiger der K. R. Gesellschaft der Aerzte in Wien.*, 1880.

— *Zur Path. und path. Anat. der Tetanie* — *Wiener medic. Presse,* 1883.

Weeks. — *The Journal of the Amer. Med. Ass.,* 1908.

Wechselbaum. — Pathologica, 1909.

Zanfrognini. — *Boll. R. Acc. Medica di Genova,* 1905.

Perugia, 30 Novembre 1912.

MANICOMIO PROVINCIALE DELL' UMBRIA IN PERUGIA
Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

Un caso di meningite basilare luetica precocissima

NOTA

del Dott. **Guido Garbini**, primario e libero docente

Il caso intorno al quale brevemente riferisco presenta un certo interesse non solo per la rarità di alcuni sintomi in esso osservati, ma benanche perchè si presta a qualche considerazione sulla questione della cosidetta « sifilide cerebrale precoce ».

Come è noto i vecchi autori (1) ammettevano che la sifilide cerebrale fosse un fenomeno tardivo e non comparisse che nel terzo periodo della malattia; ma poichè furono pubblicati casi (*Gros* e *Lancereaux*, *Zambaco*, *Lagneau*, *Lyunggrin*, *Jansch*, *Engelstedt* ecc.) di affezioni cerebrali e spinali nello stadio secondario della infezione luetica, così queste osservazioni furono ritenute quasi come eccezioni e denominate *precoci* dagli autori, solo perchè non appartenenti al periodo terziario della malattia.

Ora tale denominazione di *precoce* è inesatta e destinata a scomparire, essendo stato (da una numerosa serie di osservatori moderni) dimostrato, come non rispondente alla realtà, che le manifestazioni nervose della lues siano tardive e proprie del periodo terziario della sifilide (suddivisione di *Ricord*): la localizzazione luetica sul nevrasse è anzi — in via generale — propria di quello che il *Ricord* denominava periodo secondario della sifilide, e talora anche si osserva in periodi ancora più vicini alla data della infezione.

(1) Per l'estesa e completa bibliografia sull' argomento, vedi il lavoro di *Pellacani* (cfr. *Bibliografia*).

Tutta una lunga serie di statistiche ne dà la prova e dimostra che la sifilide ha una elezione tutta sua particolare per il sistema nervoso, che colpisce nelle sue meningi o nei suoi vasi anche nei primissimi tempi consecutivi all'inizio della infezione stessa.

Ricorderò a tale proposito che secondo *Naunjn* e *Ogilvie* su 325 casi raccolti di sifilide del sistema nervoso centrale, la quarta parte di essi è stata osservata durante il periodo iniziale della malattia; e su 70 casi portati al tavolo anatomico nel 44 °/₀ di essi la malattia si era sviluppata nei primi tre anni dal sifiloma iniziale. *Rumpf* in 40 casi di meningite cerebrale sifilitica trovò che il 23 °/₀ di essi si erano sviluppati durante il primo anno dalla infezione, e *Gowers* afferma che nel 25 °/₀ dei suoi casi di endoarterite cerebrale sifilitica con emiplegia, la paralisi apparve nei primi due anni dai sintomi primitivi luetici. *Baudoin* ha pubblicato 26 casi di sifilide cerebrale sviluppata fra i 3 ed i 18 mesi dopo la comparsa dell'ulcera dura.

Infine le statistiche di *Neumann*, di *Fournier*, di *Albutt* dimostrano (come riferisce *Pellacani*) la grande frequenza delle varie affezioni sifilitiche del sistema nervoso nei primi due anni dalla infezione, mentre dopo il decimo anno la lue del sistema nervoso è rara.

Il caso, da me osservato, deve ravvicinarsi per l'epoca in cui le manifestazioni morbose cerebrali ebbero a manifestarsi, cioè a sifiloma iniziale non cicatrizzato, a quello di *Kahler* (arterite cerebrale gommosa), a quello di *Vidal des Cassis* (emiplegia), di *Fournier* (diplegia facciale periferica), a quello di *Lydston* ed al terzo di *Pellacani*.

Il Sig. A... M..., viaggiatore di commercio, trentenne, da Palermo, celibe, nel Gennaio 1912 contrasse ulcera sifilitica. Il 24 Febbraio dello stesso anno ebbi occasione di avvicinarlo.

Per quanto riguarda l'anamnesi il paziente mi ha affermato che non esiste nei suoi ascendenti e collaterali alcuna labe gentilizia. Il nonno materno morì per insulto apoplettico; il padre soffriva di uricemia ed era alquanto collerico.

I suoi tre fratelli sono sani e non soffrirono di malattie nervose o mentali. Il paziente nacque a termine ; ebbe a soffrire le solite malattie della infanzia, ma crebbe sano e svegliato di mente. Era solito fumare quattro sigari al giorno e bere più di un litro di vino.

L'ulcera sifilitica colla cura mercuriale (fatta però non regolarmente : per via ipodermica — 5 iniezioni di sublimato — e per via orale) era migliorata, ma non per anco del tutto cicatrizzata. Il paziente riferì che da tre o quattro giorni gli era comparsa roseola al torace, che da oltre una settimana si sentiva un certo malessere, che alla sera lo disturbava la cefalea, che passava le notti agitate, che durante il giorno egli era sempre di cattivo umore e facilmente irritabile, che infine notava un certo cambiamento di carattere, per il quale, egli, amante della compagnia, si sentiva ora attratto alla solitudine, che pensieri tristi lo torturavano e che di continuo la sua mente andava a riesumare gli episodi dolorosi della sua vita anteriore.

Contemporaneamente a questi disturbi Egli accusava anoressia, svogliatezza, debolezza generale, paracusie (ronzii) : gli sembrava di non potere fare più, come per il passato, assegnamento sulla sua memoria.

La mattina del 24 Febbraio, quando il Sig. A. M. si alzò, si accorse che la *bocca era storta*, e che non poteva completamente chiudere l'occhio destro.

L'esame obbiettivo dette i seguenti risultati:

Giovane di costituzione gracile, antropologicamente ben conformato.

Masse muscolari non molto sviluppate ; pannicolo adiposo scarso : mucose visibili pallide. Si palpavano pleiadi ghiandolari di consistenza duro-elastica all'inguine, all'epitroclea, alle regioni laterali del collo. Sul glande era ancora bene manifesta una ulcera dura in via di cicatrizzazione e sul torace roseola sifilitica.

Nulla di obbiettivo rilevai a carico degli organi interni, all'infuori di un leggero grado di ingrossamento della milza.

I movimenti attivi e passivi della testa si compievano normal-

mente, ma con una certa lentezza. A tale proposito il paziente mi avvertì che i movimenti volontari od impressi in forma alquanto violenta gli risvegliavano senso di dolorabilità e di smarrimento fastidioso, ragione per cui egli cercava tutti i mezzi per evitarli.

I movimenti dei globi oculari si compievano bene, ed in maniera completa, sia nella visione monoculare come in quella bioculare. Le pupille di media ampiezza, a contorno regolare, bene reagenti alla luce, alla accomodazione ed anche al dolore.

Si notava una manifesta totale paralisi periferica del nervo facciale di destra. La rima palpebrale destra era più ampia della sinistra, le labbra deviate a sinistra e la piega nasolabiale destra era scomparsa. Il paziente non poteva chiudere l'occhio destro, non poteva fischiare, nè gonfiare le gote, nè digrignare i denti.

La lingua allo stato di riposo presentava una manifesta deviazione a sinistra e da questo lato, alla sua base, era anche più sollevata che a destra. Il paziente riusciva a protundere quest'organo, che mostrava la punta, in grado discreto, deviata verso sinistra, e che nella sua totalità, ma specialmente nella metà destra, si mostrava tremula. Esso era mobile in tutte le direzioni; però incompleti erano i movimenti di lateralità verso destra.

Il velopendolo, non deviato, si innalzava, nella fonazione, in maniera regolare.

Nulla rilevai a carico del linguaggio, all'infuori di una certa difficoltà nella emissione e pronunzia delle parole. Buona la deglutizione. L'esame obbiettivo mise in luce un certo grado di ipoacusia destra. Buona la sensibilità generale e degli altri organi di senso.

Tutti i movimenti, tanto attivi come passivi, degli arti superiori ed inferiori, ed in ciascun segmento, si comportavano normalmente. Non vi erano disturbi atassici: la forza muscolare era conservata, così il senso muscolare e lo stereognostico.

Esisteva qualche tremore nelle dita delle mani poste in posizione di chi giura. La deambulazione si compieva normalmente. Mancava ogni accenno a sintomo di *Romberg*.

Nessun disturbo a carico della sensibilità generale (tatto, do-

lore e stimoli termici). I riflessi tendinei, tanto negli arti superiori quanto negli inferiori, erano vivaci, ed uguali da ambedue i lati. Esisteva il cutaneo addominale ed il cremasterico.

La erezione, la defecazione e la minzione non presentavano alterazioni di sorta.

Davanti al quadro fenomenologico surricordato ritenni si dovesse trattare di affezione cerebrale organica e precisamente (come dimostrerò più avanti) di *meningite basilare luetica* insorta all' inizio del periodo secondario, quando il sifiloma iniziale non era ancora cicatrizzato (a distanza di poco più di un mese dalla comparsa dell' accidente iniziale).

Praticai immediatamente una iniezione endovenosa di sublimato corrosivo e, per quattro giorni consecutivi, iniezioni endomuscolari dello stesso sale. Il paziente al sesto giorno di cura, sentendosi alquanto migliorato dell' insonnia, dei dolori cefalici ed essendo anche un po' migliorata la paralisi del facciale, volle recarsi a Milano.

Egli ebbe in seguito a riferirmi che in questa città fu sottoposto ad una cura mercuriale (unguento cinereo) intensa e protratta, e che, dopo breve tempo, il miglioramento iniziato a Perugia continuò. Prime a scomparire furono la cefalea e la insonnia, e quindi, in ordine di tempo, le paracusie, la paralisi del facciale, i disturbi psichici, e per ultimo la paresi dell' ipoglosso.

Riassunto della storia clinica. — Si trattava dunque di un paziente, dedito alle bevande alcooliche, che presentava: ulcera sifilitica non cicatrizzata, roseola al torace, paralisi periferica totale del nervo facciale di destra, paralisi dell' ipoglosso dello stesso lato, paracusie e ipoacusia a destra, cefalea vespertina, insonnia, cambiamento di carattere, depressione dell' umore, smemoratezza, anoressia, debolezza generale.

In seguito ad energica cura mercuriale rapidamente cessarono la insonnia, ed i dolori cefalici; scomparvero poi le paracusie e la paralisi del facciale, i disturbi psichici e la paresi dell' ipoglosso.

mente, ma con una certa lentezza. A tale proposito il paziente mi avvertì che i movimenti volontari od impressi in forma alquanto violenta gli risvegliavano senso di dolorabilità e di smarrimento fastidioso, ragione per cui egli cercava tutti i mezzi per evitarli.

I movimenti dei globi oculari si compievano bene, ed in maniera completa, sia nella visione monoculare come in quella bioculare. Le pupille di media ampiezza, a contorno regolare, bene reagenti alla luce, alla accomodazione ed anche al dolore.

Si notava una manifesta totale paralisi periferica del nervo facciale di destra. La rima palpebrale destra era più ampia della sinistra, le labbra deviate a sinistra e la piega nasolabiale destra era scomparsa. Il paziente non poteva chiudere l'occhio destro, non poteva fischiare, nè gonfiare le gote, nè digrignare i denti.

La lingua allo stato di riposo presentava una manifesta deviazione a sinistra e da questo lato, alla sua base, era anche più sollevata che a destra. Il paziente riusciva a protundere quest'organo, che mostrava la punta, in grado discreto, deviata verso sinistra, e che nella sua totalità, ma specialmente nella metà destra, si mostrava tremula. Esso era mobile in tutte le direzioni; però incompleti erano i movimenti di lateralità verso destra.

Il velopendolo, non deviato, si innalzava, nella fonazione, in maniera regolare.

Nulla rilevai a carico del linguaggio, all'infuori di una certa difficoltà nella emissione e pronunzia delle parole. Buona la deglutizione. L'esame obbiettivo mise in luce un certo grado di ipoacusia destra. Buona la sensibilità generale e degli altri organi di senso.

Tutti i movimenti, tanto attivi come passivi, degli arti superiori ed inferiori, ed in ciascun segmento, si comportavano normalmente. Non vi erano disturbi atassici: la forza muscolare era conservata, così il senso muscolare e lo stereognostico.

Esisteva qualche tremore nelle dita delle mani poste in posizione di chi giura. La deambulazione si compieva normalmente. Mancava ogni accenno a sintomo di *Romberg*.

Nessun disturbo a carico della sensibilità generale (tatto, do-

lore e stimoli termici). I riflessi tendinei, tanto negli arti superiori quanto negli inferiori, erano vivaci, ed uguali da ambedue i lati. Esisteva il cutaneo addominale ed il cremasterico.

La erezione, la defecazione e la minzione non presentavano alterazioni di sorta.

Davanti al quadro fenomenologico surricordato ritenni si dovesse trattare di affezione cerebrale organica e precisamente (come dimostrerò più avanti) di *meningite basilare luetica* insorta all' inizio del periodo secondario, quando il sifiloma iniziale non era ancora cicatrizzato (a distanza di poco più di un mese dalla comparsa dell' accidente iniziale).

Praticai immediatamente una iniezione endovenosa di sublimato corrosivo e, per quattro giorni consecutivi, iniezioni endomuscolari dello stesso sale. Il paziente al sesto giorno di cura, sentendosi alquanto migliorato dell' insonnia, dei dolori cefalici ed essendo anche un po' migliorata la paralisi del facciale, volle recarsi a Milano.

Egli ebbe in seguito a riferirmi che in questa città fu sottoposto ad una cura mercuriale (unguento cinereo) intensa e protratta, e che, dopo breve tempo, il miglioramento iniziato a Perugia continuò. Prime a scomparire furono la cefalea e la insonnia, e quindi, in ordine di tempo, le paracusie, la paralisi del facciale, i disturbi psichici, e per ultimo la paresi dell' ipoglosso.

Riassunto della storia clinica. — Si trattava dunque di un paziente, dedito alle bevande alcooliche, che presentava: ulcera sifilitica non cicatrizzata, roseola al torace, paralisi periferica totale del nervo facciale di destra, paralisi dell' ipoglosso dello stesso lato, paracusie e ipoacusia a destra, cefalea vespertina, insonnia, cambiamento di carattere, depressione dell' umore, smemoratezza, anoressia, debolezza generale.

In seguito ad energica cura mercuriale rapidamente cessarono la insonnia, ed i dolori cefalici; scomparvero poi le paracusie e la paralisi del facciale, i disturbi psichici e la paresi dell' ipoglosso.

Epicrisi.

La diagnosi di meningite basilare luetica della fossa posteriore del cranio mi pare indubbia. È infatti ormai universalmente ammesso che detta affezione rappresenti la causa diretta delle paralisi dei nervi cranici nel periodo secondario della sifilide. Di più, nel *casus praesens,* confermano il criterio diagnostico suddetto gli ottimi resultati della cura specifica ed il complesso dei sintomi clinici di natura tutti prettamente cerebrale, quali la cefalea, la vertigine, il ronzio alle orecchie, l'insonnia, l'alterazione dello stato psichico sotto forma di cambiamento di carattere, di depressione dell'umore e di tutto il tono sentimentale.

Non è stato fatto è vero l'esame del liquido cefalorachidiano, ma ciò non toglie alcun valore alle nostre premesse, inquantochè i segni psichici e subbiettivi suddetti sono quelli che denotano, secondo gli autori moderni, l'avvenuta localizzazione meningea del processo sifilitico. Di più il fatto della lesione del facciale e dell' acustico, per posizione anatomica contigui, e dell' ipoglosso, lontano, dimostra che si tratti di meningite (e di neurite) luetica poichè è appunto caratteristico del processo luetico delle meningi della base, quello di propagarsi non uniformemente e di non colpire nervi cerebrali tra loro vicini o quello di aversi focolai isolati e circoscritti ledenti questo o quel tratto nervoso.

Nè può sorgere il dubbio che quì si tratti di endoarterite, inquantochè le endoarteriti non decorrono in modo tanto benigno, ed in secondo luogo perchè non sarebbe concepibile, con una lesione dipendente da endoarterite, l'insieme del quadro morboso: la paralisi cioè totale del VII di destra, la paresi dell' VIII e la paralisi del XII senza l'associazione ad esse della emiplegia o della emiparesi.

Il caso da me riferito suona conferma alle idee moderne per le quali è ammesso che la paralisi del facciale si verifichi con grande frequenza nello stadio iniziale del periodo secondario, mentre un tempo, e non lontano (basta ricordare *Strümpell e Charcot*), si riteneva che la sifilide non fosse un elemento etiologico della paralisi di questo nervo, ma si riteneva (*Rumpf, Goldflam*), allor-

quando essa si manifestava, che la lues non fosse altro se non un fattore predisponente nel senso che la infezione sifilitica diminuiva la resistenza organica dell'individuo agli agenti esterni, specialmente alla cause reumatizzanti.

E neppure si può ammettere, dopo gli studi di *Boix* e *Knorr*, di *Pick* e di *Rosenthal*, che la paralisi del settimo, nel caso in discussione, debba ritenersi causata nè da ingorgo di gangli cervicali comprimenti il nervo all'uscita del foro stilo-mastoideo, come voleva *Ricord*; nè che sia secondaria a lesioni periostee o dovuta a neurite o perineurite sifilitica, inquantochè è stato ad esuberanza dimostrato da *Boix*, *Champenier*, *Albutt*, *Cestan* e da altri che la neurite primitiva luetica è oltremodo rara (mentre non lo è la paralisi del facciale) e che ancora più rare sono, sempre nel periodo secondario, le esostosi e le periostiti sifilitiche delle ossa craniche.

Anche nel mio caso, come nel 1° e 3° dei casi del tutto recentemente pubblicati dal *Pellacani*, la paralisi totale del facciale fu accompagnata da neurite del ramo vestibolare dell'acustico dello stesso lato. Questa associazione è piuttosto frequente nè deve destare meraviglia, solo che si pensi agli intimi rapporti che i due nervi suddetti, facciale ed acustico, hanno rispettivamente fra di loro.

Il mio caso è degno di particolare menzione anche per la compartecipazione all' affezione del XII di destra; inquantochè sono scarse le osservazioni di lesioni del XII dipendenti da meningite basilare luetica. Per tale ragione il caso da me riferito è analogo a quello N. 3 di *Pellacani.* Secondo questo *A.* i casi di paralisi dell'ipoglosso determinata da meningite sifilitica basilare si ridurrebbero, oltre al suo, a quello di *Lewin* con reperto necroscopico, di *Dincklen*, di *Ross* e di *Moebius*.

Gli autori che ebbero ad occuparsi dell' argomento non trascurarono di ricercare le ragioni per le quali, in tempi assai vicini al sifiloma iniziale, si osservano localizzazioni cerebrali di lues. I pareri sono numerosi e discordi.

Se ne attribuì la causa alla età avanzata dei pazienti, al tratta-

mento mercuriale poco energico, al *surmenage* fisico e psichico, alla predisposizione ereditaria, ai disordini alcoolici, a quelli sessuali ecc. Si pensò anche al grado di virulenza dell'infezione; e recentemente qualche autore ammise la esistenza di due virus sifilitici: uno con tendenza specifica alle localizzazioni sul sistema nervoso ed uno tendente a localizzarsi negli altri tessuti e sistemi.

Nulla di positivo si conosce in proposito; è però certo ed evidente che, ad esempio, l'alcoolismo deve essere considerato un fattore predisponente di grande importanza per le localizzazioni cerebrali della lues. *Mingazzini* infatti ritiene che l'alcoolismo insieme colla arteriosclerosi debbano essere considerati fattori di grande importanza, atti a determinare la malignità della infezione sifilitica. Anche in questo caso, in conformità colle vedute di *Mingazzini*, sono del parere che la insorgenza della meningite basilare sia stata favorita dall'abuso degli alcoolici e dal trattamento mercuriale insufficiente.

Il caso surriferito, messo insieme con quello degli autori che mi hanno preceduto, conforta la tendenza moderna secondo la quale si devono ritenere non affatto eccezionali le localizzazioni cerebrali della sifilide nel suo periodo secondario. Queste localizzazioni non sono molto rare anche a sifiloma non cicatrizzato; e ad esse non è proprio dare l'attributo di *precoci* perchè, lungi dall'essere caratteristiche del periodo terziario della sifilide, sono proprie invece del periodo che segue il sifiloma iniziale.

Perugia, marzo 1913.

BIBLIOGRAFIA

Albutt — Tratt. delle mal. sist. nerv. (Trad. *Ferrio*) « *Unione Tipog. Ed. 1905* ».

Baudoin — Contribution à l' étude des syphilis graves précoces. « *Gaz. des Hopitaux, 1889* ».

Cestan — La polynévrite syphilitique. « *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1900* ».

Dinkler — Ein Beitrag zur Lehre von den Stamm und Wurzellähmungen des N. Hypoglossus. « *Deut. Zeitschs. f. Nerv. 1898* ».

Engelstedt — cit. da *Pellacani.*

Fournier — Des syphilis secondaires malignes « *Union. méd. 1893* ». — Leçons cliniques sur le tertiarisme précoce. « *Gaz. méd. de Paris. 1893* ».

Kahler — Die multiple syphilitische Wurzelneuritis. « *Zeitsch. f. Nervenh. 1887* ».

Knorr — cit. da *Pellacani.*

Charcot — cit. da *Pellacani, loc. cit.*

Junsch — cit. da *Pellacani.*

Ljunggrin — cit. da *Pellacani.*

Lewin — cit. da *Pellacani.*

Leyden - F. Klemperer — La clinica contemporanea - Vol. VI. « *Soc. editrice libraria. 1909* ».

Lagneau — cit. da *Pellacani.*

Lydston — cit. da *Pellacani, loc. cit.*

Gros et Lancereaux — cit. da *Pellacani, loc. cit.*

Gowers — « *Diseases of the nervous system - Vol. 2. — Syphilis of the nervous system, 1890* ».

Goldflam — Neurol. Centralt. 1891.

Mingazzini — Fernere Beiträge zum studium der Lues cerebralis praecox et maligna. « *Monats. f. Psych. u. Neur. 1902* ».

Idem — Klinische und anat. path. Studien über Frühsyphilis des Gehirns. « *Monats. f. Psych. u. Neur. 1899* ».

Moebius — Ueber. mehrfache Hirnnervenlähmung. « *Centr. f. Neur. 1887* ».

Naunyn — Die Prognose der syph. Erkrankungen des Nervensystem. « *Berlin Klin. Wochens. 1888* ».

Neumann — Syphilis. « *Spec. Path. u. Therapie. - Wien. 1896* ».

Oppenheim — Trattato delle malattie nervose. « *Soc. Editr. libraria. 1905.*

Ogilvie — The time of ouset of syphilit. disease. « *Lancet. 1895* ».

Pellacani — In tema di sifilide cerebrale « precoce ». *Riv. di pat. ment. e nervosa. 1912.*

Pick — Zur Kenntnis der cerebro-spinal Syphilis. « *Zeitscr. f. Nervenkeilh. N. 13* ».

Ross — Diseases of the nervous system. 1880.

Rumph — *cit.* da *Pellacani, loc. cit.*

Ricord — *cit.* da *Pieressau* — De la diplegie faciale. « *Arch. gen. de Méd. Paris, 1868* ».

Rumpf — Die syphil. Erkrank. d. cent. Nervensyst. « *Wiesbaden. 1887* ».

Rosenthal – Diagnosi e terapia delle mal. nervose. « *Torino. 1891* ».

Strümpell — Patologia spec. medic. « *Ed. Vallardi* ».

Vidal de Cassis — *cit.* da *Pellacani, loc. cit.*

Zambaco — *cit.* da *Pellacani, loc. cit.*

AUTORIASSUNTI E RIVISTE

Curti E. — *Contributo alla fisiopatologia dei lobi frontali.* « Auto-Riassunti », vol. X, n. 6, 1912, giugno.

Esiste un complesso di manifestazioni (sindrome frontale) che permette di stabilire una lesione dei lobi prefrontali: indebolimento progressivo, fino alla perdita completa della memoria, apatia, ebetudine, stupore, confusione mentale, incoerenza, melanconia, impossibilitá di assurgere a idee complesse, mancanza di iniziativa, parola giusta, ma processi associativi molto limitati, perdita dei poteri critici, mancanza di emotività e di affettività, noncuranza di sè stesso, stati di eccitazione, di irritabilità e a volte anche di depressione.

Le alterazioni dei lobi prefrontali non danno sintomi motori. Affinchè la sindrome si produca è necessario che la lesione sia estesa nell'uno o nell'altro emisfero, senza predominio del lobo sinistro, più accentuata se la lesione è bilaterale.

Fornaca G. — *La resistenza dei leucociti nei malati di mente.* « Rivista di patolog. nervosa e mentale », volume XVIII fasc. III, marzo 1912.

In generale la resistenza dei leucociti è nei pazzi aumentata rispetto alla resistenza dei leucociti delle persone non affette da alienazione mentale. La resistenza leucocitaria è massima nell'epilessia e nella pazzia morale, poi nell'idiozia, nell'agitazione psicomotoria della frenosi maniaco depressiva e della demenza senile e nell'eccitamento dell'alcoolismo. Normale nella demenza precoce, imbecillità e in qualche caso di demenza senile. Diminuita negli stati marastici delle psicosi, nella pellagra, nel periodo depressivo della frenosi maniaco depressiva, durante gli attacchi convulsivi dell' epilessia, durante lo stato di male epilettico, e forse nella demenza paralitica.

L'aumento della resistenza dei leucociti nella maggior parte degli alienati, può

Curti E. — *Contributo alla fisiopatologia dei lobi frontali.* « Auto-Riassunti », vol. X, n. 6, 1912, giugno.

Esiste un complesso di manifestazioni (sindrome frontale) che permette di stabilire una lesione dei lobi prefrontali: indebolimento progressivo, fino alla perdita completa della memoria, apatia, ebetudine, stupore, confusione mentale, incoerenza, melanconia, impossibilitá di assurgere a idee complesse, mancanza di iniziativa, parola giusta, ma processi associativi molto limitati, perdita dei poteri critici, mancanza di emotività e di affettività, noncuranza di sè stesso, stati di eccitazione, di irritabilità e a volte anche di depressione.

Le alterazioni dei lobi prefrontali non danno sintomi motori. Affinchè la sindrome si produca è necessario che la lesione sia estesa nell'uno o nell'altro emisfero, senza predominio del lobo sinistro, più accentuata se la lesione è bilaterale.

Fornaca G. — *La resistenza dei leucociti nei malati di mente.* « Rivista di patolog. nervosa e mentale », volume XVIII fasc. III, marzo 1912.

In generale la resistenza dei leucociti è nei pazzi aumentata rispetto alla resistenza dei leucociti delle persone non affette da alienazione mentale. La resistenza leucocitaria è massima nell'epilessia e nella pazzia morale, poi nell'idiozia, nell'agitazione psicomotoria della frenosi maniaco depressiva e della demenza senile e nell'eccitamento dell'alcoolismo. Normale nella demenza precoce, imbecillità e in qualche caso di demenza senile. Diminuita negli stati marastici delle psicosi, nella pellagra, nel periodo depressivo della frenosi maniaco depressiva, durante gli attacchi convulsivi dell' epilessia, durante lo stato di male epilettico, e forse nella demenza paralitica.

L'aumento della resistenza dei leucociti nella maggior parte degli alienati, può

giustificare e spiegare la disvulnerabilità loro insieme alla capacità agglutinante del siero, al potere battericida antipiogeno ed all'aumento del potere opsonico.

Volpi dott. Angelo — *Tonicità e forza muscolare nelle lesioni del cervelletto.* — « Giornale internazionale delle Scienze mediche », anno XXXV, fasc. 3, febbraio 1913.

L'A. ha avuto occasione di studiare un individuo affetto da tumore cerebellare e pubblica i risultati delle sue ricerche, istituite principalmente nell'intento di delucidare alcuni punti controversi sulla fisiologia del cervelletto. Dai risultati delle esperienze eseguite con l'ergognato del Mosso, col miotonometro del Mosso stesso ecc., si può dedurre che « i muscoli dell'uomo affetto da lesioni del cervelletto, si trovano in uno stato di astenia, di ipotonia e di ipotrofia come sperimentalmente aveva già dimostrato il Luciani; per cui si deve riconoscere che il cervelletto esercita realmente quella funzione di rinforzo della contrazione e del tono muscolare, che, quando diminuisce deve essere certo la causa più importante dell'atassia statica, così frequente nelle lesioni cerebellari.

B.

Daneo e Ferrari. — *Di alcune ricerche emocitologiche e fisico-chimiche. in scorbutici alienati.* « Rassegna di studi psichiatrici », vol. III, fasc. I., gennaio-febbraio 1913.

Praticando ricerche ematologiche e fisico-chimiche su alienati scorbutici gli AA. sono arrivati ai seguenti risultati: Diminuzione costante dei globuli rossi; leucocemia evidente con aumento relativo dei grandi mononucleari e delle forme di passaggio; diminuzione dei linfotici ed eosinofilia ben netta nei casi più gravi; resistenza globulare sensibilmente e costantemente diminuita. Pressione arteriosa notevolmente abbassata in due casi assai gravi. La formula ematologica insieme all'eosinofilia appoggerebbe la teoria tossi-infettiva.

A. Salerni. — *Sul tracciato miografico pel riflesso rotuleo nella demenza precoce ed in altre psicopatie.* « Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale », 1911.

L'autore ha studiato il tracciato miografico della contrazione del muscolo quadricipite della coscia, per eccitazione meccanica del tendine rotuleo, in numerosi malati di frenosi maniaco-depressiva (eccitamento e depressione), di psicosi epilettica. di demenza precoce ebefrenc-catatonica, di paralisi progressiva, di psi-

cosi pellagrosa, di psicosi alcoolica, di frenastenia; a scopo di raffronto ha sperimentato anche su soggetti normali. I risultati fecero constatare che: per la durata complessiva della contrazione reflessa, i valori maggiori sono quelli della demenza precoce, a cui segue, in via decrescente la psicosi alcoolica, lo stato depressivo della frenosi maniaco-depressiva, la psicosi paralitica progressiva, la psicosi epilettica, la psicosi pellagrosa, la frenastenia. Al disotto di tali psicosi sarebbero i valori dei soggetti normali pari a quello dello stato d'eccitamento della frenosi maniaco-depressiva. In particolare la durata della fase di contrazione risultò massima nella psicosi paralitica, minima nella psicosi alcoolica; la fase espansiva, tranne che nell'eccitamento della frenosi maniaco-depressiva, ha durata diversa dalla fase precedente in tutte le psicosi, e più di tutte nella psicosi paralitica.

Le contrazioni supplementari sono più evidenti nell'eccitamento della frenosi maniaco-depressiva, meno nella psicosi pellagrosa; le ondulazioni sono poco frequenti. Sono presenti le contrazioni dei muscoli antagonistici nella psicosi pellagrosa, nella paralisi progressiva e nella demenza precoce, la contrazione tonica espansiva e l'altipiano contrattuale, sono costanti nella demenza precoce, nella psicosi alcoolica, nella paralisi progressiva, nella psicosi pellagrosa. Prescindendo dall'interpretazione di tutti i fatti suaccennati, non certo in rapporto col grado di vivacità dei riflessi; l'A. ha in special modo considerato il fenomeno di contrazione tonica espansiva e altipiano contratturale, escludendo sia dovuta ad un fatto di suggestibilità, perchè ha notato il fenomeno non solo nella demenza precoce, ma pure in numerose altre psicopatie, nelle quali non sono apprezzabili fatti di suggestibilità, quali la psicosi alcoolica, la paralisi progressiva, la psicosi pellagrosa, e, talora, la frenastenia. Ritiene piuttosto, poichè il fenomeno trova la sua origine nella ipertonicità muscolare, di dover considerare come questa sia dipendente da mancata inibizione cerebrale, e come sia in rapporto a fatti d'intossicazione e di infezione (origine di tutte le psicosi nelle quali riscontrò fenomeni contratturali).

Va ricordato, inoltre, il legame tra tono spinale e tono muscolare, e come quest'ultimo sia diretta conseguenza del primo, la cui alterazione è in special modo dovuta ad alterazione dei centri nervosi in generale, ed ai processi degenerativi discendenti in particolare. E poichè sono note le lesioni degenerative del cervello e del midollo spinale nelle varie psicosi in cui furono notati fenomeni contratturali, compresa la demenza precoce, così l'A. ritiene ovvio il giudicare dell'alterazione del tono spinale, e conseguentemente del tono muscolare in dette psicopatie, e quindi nella spiegazione dei fatti contratturali.

Riguardo ai risultati delle esperienze sul tempo di contrazione muscolare latente nel riflesso rotuleo delle psicopatie esaminate, l'A. ha notato che l'eccitamento meccanico si trasmette in una prima contrazione, con un notevole ritardo nelle stesse psicosi che presentano fenomeni di susseguente contrazione tonica

prolungata; in esse è pure assai notevole il divario fra il tempo latente della prima contrazione e quello delle successive. Questo divario è meno apprezzabile se è mancato il fenomeno contratturale.

Autoriassunto.

Costantini G. e Buschi G. — *Gli effetti della tossina tetanica (sola e combinata col digiuno) sugli elementi nervosi* « Clin. Med. Ital. », agosto 1912, n. 8, pag. 509.

La tossina tetanica da sola determina alterazioni cospicue dell'apparato fibrillare (met. di Cajal e di Bielschowski); ma non determina alcuna alterazione (met. di Donaggio) la tossina tetanica combinata col digiuno determina lesioni di entrambi gli apparati. Ciò riconferma l'ipotesi che tali apparati sono distinti e indipendenti tra loro.

Autoriassunto.

Carbone D. e Cazzamalli F. — *Studi sulla etiologia della pellagra.* « Riv. Sper. di Fren. », vol. XXXIX, fasc. I.

Gli AA. dopo avere riassunto le varie teorie e i diversi studi più recenti sulla pellagra espongono le esperienze compiute da loro alimentando dei ratti con polenta confezionata con farina sterilizzata all'autoclave e infettata con muffa in coltura pura. Dai risultati ottenuti dalle esperienze vengono a queste conclusioni:

1°) I topi di chiavica, possono vivere di sola polenta per un tempo relativamente assai lungo, e nella stagione calda, permanendo contemporaneamente in ambiente bene illuminato ed esposto, per qualche ora al giorno, ai raggi diretti del sole, senza soffrirne, almeno apparentemente, alcun disturbo e senza presentare in specie nessuna alterazione della cute e del pelo.

2°) Delle muffe sperimentate, l'*aspergillo 21* non è patogeno (sul coniglio), ed è dotato di scarse proprietà tossiche, le quali non si manifestano se non coll'inoculazione (endo-peritoneale) della muffa *in toto*, uccisa col calore; *l'aspergillus fumicatus* è tipicamente patogeno, ma poco tossico; il *penicillo 10* non è patogeno (pel coniglio), ma è dotato di spiccate proprietà tossiche.

3°) I topi comuni, rispetto ai tossici estraibili con alcool dalle muffe esperimentate, sono non meno sensibili delle cavie; il che, mentre concorda colle osservazioni di molti autori, dimostra infondata l'ipotesi, che dapprincipio si era presentata a loro, che questi animali, dato l'ambiente in cui vivono usualmente, potessero presentare una speciale resistenza rispetto ai tonici eumicetici.

4°) Il *decumanus* nutrito con polenta di farina inquinata con la più tossica delle muffe esperimentate — il *penicillo 10* — dopo 23 giorni è morto, pre-

sentando visibili alterazioni della cute, del pelo, dell'intestino, del fegato, della milza. I risultati ottenuti finora stanno a dimostrare con ogni probabilità che il *mus decumanus* comune non è refrattario ai veleni eumicetici neppure se introdotti per bocca.

5°) Il *mus decumanus*, per l'accennata sua resistenza alla prolungata nutrizione con sola polenta di mais sano, in ambiente molto illuminato, e per la ricordata sua sensibilità ai tossici eucemitici, è animale assai adatto per le ricerche del genere di quelle compiute e che stanno compiendo.

V.

Toomsen O. Boas H. Hjort R. e Le-Schly W. — *La reazione di Wassermann eseguita su imbecilli, epilettici, ciechi e sordomuti in Danimarca.* « Ber. Klin Woch », 1911, n. 20.

Gli AA. hanno eseguito la reazione di Wassermann su 2061 imbecilli, 259 epilettici, 146 ciechi, 344 sordomuti. I risultati ottenuti li autorizzano a concludere che la reazione di Wassermann non fornisce alcun dato in appoggio all'opinione che la sifilide congenita possa avere una parte nell'eziologia dell'imbecillità, dell'epilessia, della cecità e del sordomutismo.

L. Negri, « Pathologica » aprile, 1913.

Hough W. H. — *Die Wirkung von Alhoholgaben auf die Wassermannsche Reahtion.* « Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie ». Br. 10, H, 3, 1913.

L'A. ha eseguito delle ricerche su soggetti sifilitici e su vari casi di paralisi progressiva ad ha confermato quanto dissero Craig e Nichols, che l'ingestione delle bevande alcooliche esercita una influenza sulla reazione di Wassermann nel siero di sangue, nel senso che diviene più debole fino ad essere negativa. Ugualmente si verifica in casi di paralisi progressiva. Ciò è interessante, dovendosi ritenere tale fatto presente in casi che si pratichi la siero reazione di Wassermann in soggetti alcoolizzati.

C. V.

Rothfeld I. — *Über den Einflus akuter und chronischer Alkoholvergiftung auf die vestibularen Reaktionem.* « Neur. Central. », 1912, n. 11.

L'A. ha fatto delle ricerche sperimentali sulla influenza dell'alcool sulla reazione vestibolare negli animali avvelenati acutamente e cronicamente con alcool.

Negli avvelenamenti molto gravi mancano in generale i movimenti degli occhi dopo il giramento delle bestie, questo sintomo avverrebbe dopo cinque o sei ore

l'ingestione di grande quantità di alcool. Egli riassume le alterazioni da parte degli occhi negli animali sui quali ha compiuto gli esperimenti in questi sintomi:

1°) Apparizione di nistagmo spontaneo dopo movimento della testa, per nulla influenzato dal giramento generale.

2°) Scomparsa del nistagmo a rapide scosse.

3°) Mancanza completa di ogni movimento degli occhi dopo il giramento.

4°) Influenza speciale del giramento nel nistagmo spontaneo.

5°) Movimento degli occhi nella stessa direzione della testa, invece che in senso opposto, nell'avvelenamento alcoolico acuto.

Arena G. — *Sindrome cerebellare da malaria.* « La riforma medica », n. 5, 1913.

1. — La sindrome nervosa descritta dall'A. è senza dubbio prodotta da cerebello-patia di origine malarica (tipo perniciosa).

2. — Il caso riferito si differenzia da altri sinora descritti, perchè, mentre presenta i sintomi più salienti della insufficienza cerebellare, esplicantesi come astenia, atonia e astasia, nel tremore, nell'astasia-abasia, nel mistagmo, nella diminuzione del tono muscolare, manca delle alterazioni più gravi riscontrate negli altri, quali sono i disturbi del linguaggio (disartria o anartria) e i disturbi psichici (casi di Pansini, Rummo, Bevacqua, ecc.).

3. — I grafici del tremore di questa sindrome raccolti dall'A. presentano delle note caratteristiche tali da differenziare siffatto tremore da quelli che rientrano in altri quadri morbosi.

4. — Per queste considerazioni il caso di Arena può ritenersi come una forma puramente cerebellare più lieve, in confronto degli altri già descritti specie per ciò che riguarda la prognosi: che infatti, contrariamente a ciò che si verificò in vari di quelli, la terapia antimalarica determinò una indiscutibile miglioria di tutti i sintomi che rientravano strettamente nella sindrome cerebellare.

Klippel e Weill. — *L'ineguaglianza pupillare nel corso dell'emiplegia cerebrale.* « Semaine médicale », 13 novembre 1912.

In modo abbastanza frequente negli emiplegici, all'inizio del coma si osserva che dalla parte della lesione cerebrale si ha maggiore ampiezza pupillare che nel lato sano, mentre negli emiplegici non comatosi si nota midriasi pupillare nel lato opposto alla lesione. Nel primo caso, come risulta da ricerche sperimentali, nell'emisfero leso si ha uno stato d'inibizione che produce il restringimento delle pupille, naturalmente nel lato opposto alla lesione; nel secondo caso si ha in-

vece nello stesso emisfero una irritazione, che produce la dilatazione pupillare, sempre nel lato opposto.

Questo sintomo può avere una importanza diagnostica e prognostica, in quanto si può approssimativamente prevedere la capacità dell'emisfero colpito a reagire ai processi irritativi.

R.

Alterazioni pupillari nei tabetici. Un evoluzione delle modificazioni pupillari è molto lenta nella tabe. Dalla « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » del 10 giugno 1913.

A sett'anni di distanza Roehon-Duvigneand e Heitz (Revue neur., N. 3 - 1913) hanno riesaminato sedici tabetici alla fine di poter confrontare le condizioni delle loro pupille, e vedere così, quale sia l'evoluzione delle lesioni della muscolatura intraoculare in questi ammalati.

Tra le conclusioni che gli AA. hanno potuto trarre dalle loro osservazioni, ricordiamo le seguenti:

Il diametro pupillare tende ad aumentare, in linea generale: questa tendenza alla midriasi è più manifesta negl'individui affetti da atrofia del nervo ottico; in ogni caso però, la dilatazione avviene lentamente e tardivamente.

Il contorno pupillare già deformato permane tale senza sensibili modificazioni nel decorso della ulteriore evoluzione della tabe; queste irregolarità non sembra che si possono produrre dopo il periodo iniziale.

Il riflesso alla luce, se non scompare durante il periodo iniziale, può continuare a persistere per tutta la durata della malattia. Difatti la scomparsa d'un residuo di contrazione alla luce non si osserva che in rari casi. Le stesse particolarità di evoluzione si constatano per ciò che riguarda il riflesso all'accomodazione: esso pure se non è scomparso all'inizio, persiste sino alla fine nel maggior numero di ammalati, e spesso anche in quelli affetti da atrofia ottica.

Quanto al decorso generale della malattia, cinque dei tabetici si presentavano indubbiamente migliorati, sei rimanevano stazionari, quattro presentavano un aggravamento dei disturbi di coordinazione, e accusavano un aumento d'intensità nei dolori folgoranti. In quest'ultimi l'evoluzione dell'alterazioni pupillari [illegible] parve di nulla più attiva degli altri.

[illegible]essuno, in questi sette anni, era stato sottoposto ad un trattamento attivo.

L'appellativo di progressiva alla tabe, va secondo gli AA. giustamente abbandonato, poichè è frequente riscontrare delle tabi arrestatesi spontaneamente nella loro evoluzione generale. E lo studio del decorso delle alterazioni pupillari, ne è pure una conferma.

Tanfani.

l'ingestione di grande quantità di alcool. Egli riassume le alterazioni da parte degli occhi negli animali sui quali ha compiuto gli esperimenti in questi sintomi:

1°) Apparizione di nistagmo spontaneo dopo movimento della testa, per nulla influenzato dal giramento generale.

2°) Scomparsa del nistagmo a rapide scosse.

3°) Mancanza completa di ogni movimento degli occhi dopo il giramento.

4°) Influenza speciale del giramento nel nistagmo spontaneo.

5°) Movimento degli occhi nella stessa direzione della testa, invece che in senso opposto, nell'avvelenamento alcoolico acuto.

Arena G. — *Sindrome cerebellare da malaria.* « La riforma medica », n. 5, 1913.

1. — La sindrome nervosa descritta dall'A. è senza dubbio prodotta da cerebello-patia di origine malarica (tipo perniciosa).

2. — Il caso riferito si differenzia da altri sinora descritti, perchè, mentre presenta i sintomi più salienti della insufficienza cerebellare, esplicantesi come astenia, atonia e astasia, nel tremore, nell'astasia-abasia, nel mistagmo, nella diminuzione del tono muscolare, manca delle alterazioni più gravi riscontrate negli altri, quali sono i disturbi del linguaggio (disartria o anartria) e i disturbi psichici (casi di Pansini, Rummo, Bevacqua, ecc.).

3. — I grafici del tremore di questa sindrome raccolti dall'A. presentano delle note caratteristiche tali da differenziare siffatto tremore da quelli che rientrano in altri quadri morbosi.

4. — Per queste considerazioni il caso di Arena può ritenersi come una forma puramente cerebellare più lieve, in confronto degli altri già descritti specie per ciò che riguarda la prognosi: che infatti, contrariamente a ciò che si verificò in vari di quelli, la terapia antimalarica determinò una indiscutibile miglioria di tutti i sintomi che rientravano strettamente nella sindrome cerebellare.

Klippel e Weill. — *L'ineguaglianza pupillare nel corso dell'emiplegia cerebrale.* « Semaine médicale », 13 novembre 1912.

In modo abbastanza frequente negli emiplegici, all'inizio del coma si osserva che dalla parte della lesione cerebrale si ha maggiore ampiezza pupillare che nel lato sano, mentre negli emiplegici non comatosi si nota midriasi pupillare nel lato opposto alla lesione. Nel primo caso, come risulta da ricerche sperimentali, nell'emisfero leso si ha uno stato d'inibizione che produce il restringimento delle pupille, naturalmente nel lato opposto alla lesione; nel secondo caso si ha in-

vece nello stesso emisfero una irritazione, che produce la dilatazione pupillare, sempre nel lato opposto.

Questo sintomo può avere una importanza diagnostica e prognostica, in quanto si può approssimativamente prevedere la capacità dell'emisfero colpito a reagire ai processi irritativi.

R.

Alterazioni pupillari nei tabetici. Un evoluzione delle modificazioni pupillari è molto lenta nella tabe. Dalla « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » del 10 giugno 1913.

A sett'anni di distanza Roehon-Duvigneand e Heitz (Revue neur., N. 3 - 1913) hanno riesaminato sedici tabetici alla fine di poter confrontare le condizioni delle loro pupille, e vedere così, quale sia l'evoluzione delle lesioni della muscolatura intraoculare in questi ammalati.

Tra le conclusioni che gli AA. hanno potuto trarre dalle loro osservazioni, ricordiamo le seguenti:

Il diametro pupillare tende ad aumentare, in linea generale: questa tendenza alla midriasi è più manifesta negl'individui affetti da atrofia del nervo ottico; in ogni caso però, la dilatazione avviene lentamente e tardivamente.

Il contorno pupillare già deformato permane tale senza sensibili modificazioni nel decorso della ulteriore evoluzione della tabe; queste irregolarità non sembra che si possono produrre dopo il periodo iniziale.

Il riflesso alla luce, se non scompare durante il periodo iniziale, può continuare a persistere per tutta la durata della malattia. Difatti la scomparsa d'un residuo di contrazione alla luce non si osserva che in rari casi. Le stesse particolarità di evoluzione si constatano per ciò che riguarda il riflesso all'accomodazione: esso pure se non è scomparso all'inizio, persiste sino alla fine nel maggior numero di ammalati, e spesso anche in quelli affetti da atrofia ottica.

Quanto al decorso generale della malattia, cinque dei tabetici si presentavano indubbiamente migliorati, sei rimanevano stazionari, quattro presentavano un aggravamento dei disturbi di coordinazione, e accusavano un aumento d'intensità nei dolori folgoranti. In quest'ultimi l'evoluzione dell'alterazioni pupillari [illegible] parve di nulla più attiva degli altri.

Nessuno, in questi sette anni, era stato sottoposto ad un trattamento attivo.

L'appellativo di progressiva alla tabe, va secondo gli AA. giustamente abbandonato, poichè è frequente riscontrare delle tabi arrestatesi spontaneamente nella loro evoluzione generale. E lo studio del decorso delle alterazioni pupillari, ne è pure una conferma.

Tanfani.

Riflesso del tibiale anteriore.

Il Dott. Piotrowski, di Charlottenburg, si occupa nella « Berl. Klin. Woch. », 1912, n. 51, del riflesso del tibiale anteriore in condizioni normali e patologiche Se si percuote il muscolo tibiale anteriore di un ammalato che si trovi coricato con una gamba prona o pendente, nel punto di origine del muscolo fra la tuberosità della tibia ed il capitello del perone oppure un dito più in basso, si vede in molti casi una flessione dorsale riflessa ed una supinazione del piede. Questa reazione corrisponde all'effetto motorio della funzione fisiologica del muscolo.

Se il riflesso del tibiale anteriore si presenta simmetricamente, con intensità uniforme, in persone dotate di un'eccitabilità riflessa vivace, senza altri segni morbosi, esso non ha valore diagnostico, ma soltanto contribuisce a delineare il carattere neurotico dell'affezione.

Esso è invece sintoma di un'affezione organica del sistema nervoso centrale:

1. — quando la sua intensità è eccessiva;
2. — quando compare contemporaneamente con altri sintomi;
3. — quando è unilaterale;
4. — quando da un lato è più o meno forte che dal lato opposto.

Il riflesso abnorme del tibiale anteriore si presenta talora già precocemente, talora come sintoma unico rilevabile alle estremità inferiori, allora esso dà valore positivo ad un fenomeno del Babinski dubbio.

Il fenomeno è frequentemente positivo nella sclerosi multipla, nella tabe dorsale e in altre affezioni del sistema nervoso. In un caso di miotonia il fenomeno era poco spiccato ed aveva carattere miotonico; il piede ritornava lentamente alla posizione normale.

Kimmer Wilson. — « Wien. Klin. Woch. », (n. 38, 1912). *Degenerazione essenziale nucleo-lenticolare.*

L'A. espone tale forma come malattia familiare associata a cirrosi epatica. Può essere congenita, ereditaria, familiare; essa comincia in individui giovani e, dopo un decorso che può variare dai 4 mesi ai 5 anni, diviene letale.

Questo è lo svolgimento: accadono movimenti bilaterali a carico delle estr mità superiori ed inferiori; nei movimenti volontari si presentano tremori c stato spastico ipertonico della muscolatura; riso spastico, al quale possono seguire vivaci contratture con disfagia, disastria, fino all'anartria; tutto è accompagnato da ipertonia muscolare e da accentuata emotività. Non si osservano fenomeni paralitici; i riflessi addominali sono bene conservati.

La malattia può decorrere senza alterazioni psichiche, e può venire localizzata al di fuori delle vie piramidali.

Il reperto anatomo patologico è caratteristico: rimangono colpiti in modo simmetrico i due nuclei lenticolari fino al putamen; il globus pallidus è meno interessato, e qualche volta è colpita anche la capsula esterna. La capsula interna, come il nucleo caudato ed il talamo ottico per lo più sono intatti.

L'indagine istologica del nucleo lenticolare lascia vedere una proliferazione della nevroglia, e formazione di cavità. Non vennero riscontrati fatti di lesione sifilitica dei vasi, nè trombosi dei vasi corrispondenti.

Un reperto interessantissimo che la necroscopia metteva in vista, era quello di una cirrosi epatica tipica, che era a decorso latente.

Ne furono osservati 12 casi dai 10 ai 20 anni; orbene 8 di essi avevano carattere familiare; la sifilide e l'alcoolismo potevano venire scartati dall'etiologia.

Il decorso poteva essere rapido, caratterizzato specie da febbre e dimagramento grave; la sensibilità, i riflessi e la funzione visiva erano normali.

Ritiene l'autore che forse possono essere tossine cellulari elaborate nel fegato, che vanno ad irritare il nucleo lenticolare. In un caso si trovò proliferazione della sostanza tiroidea; in un altro accanto alla cirrosi epatica si trovò un grosso tumore di milza.

Acromegalia e tumori ipofisari.

La questione della patogenesi dell'acromegalia è ancora molto discussa, e di essa si occupa in un recente lavoro Masini L. (Il Tommasi, n. 1, 1913). A parte le correlazioni tra i tumori ipofisari e l'acromegalia, l'A. si domanda se l'acromegalia è sempre prodotta dal tumore ipofisario, se il tumore ipofisario necessariamente conduce alla sindrome acromegalica.

Riassumendo, l'A. crede che bisogna anzitutto partire da un esatto concetto, di ciò che è vero e proprio tumore ipofisario, per poi passare alle correlazioni di esso tumore con l'acromegalia, non dimenticando che, mentre l'acromegalia vera corrisponde ad una lesione dell'ipofisi; non tutti i tumori dell'ipofisi conducono all'acromegalia. In quest'ultimo caso la persistenza di tessuto ghiandolare iperplastico ha forse un'importanza degna di nota, potendo talora rendersi ragione della varietà della fenomenologia acromegalica.

R.

Treviganello C. — *Ricerche sul siero di sangue e sul liquido cefalo-rachidiano di epilettici.* (Clin. med. R. Univ. Genova). « Gazzetta osp. e Cliniche », n. 150, 1912.

Se nel siero di sangue di epilettici è contenuto un principio tossico specifico, a maggior ragione è lecito pensare che esista anche nel loro liquido cefalo-

Riflesso del tibiale anteriore.

Il Dott. Piotrowski, di Charlottenburg, si occupa nella « Berl. Klin. Woch. », 1912, n. 51, del riflesso del tibiale anteriore in condizioni normali e patologiche Se si percuote il muscolo tibiale anteriore di un ammalato che si trovi coricato con una gamba prona o pendente, nel punto di origine del muscolo fra la tuberosità della tibia ed il capitello del perone oppure un dito più in basso, si vede in molti casi una flessione dorsale riflessa ed una supinazione del piede. Questa reazione corrisponde all'effetto motorio della funzione fisiologica del muscolo.

Se il riflesso del tibiale anteriore si presenta simmetricamente, con intensità uniforme, in persone dotate di un'eccitabilità riflessa vivace, senza altri segni morbosi, esso non ha valore diagnostico, ma soltanto contribuisce a delineare il carattere neurotico dell'affezione.

Esso è invece sintoma di un'affezione organica del sistema nervoso centrale:

1. — quando la sua intensità è eccessiva;
2. — quando compare contemporaneamente con altri sintomi;
3. — quando è unilaterale;
4. — quando da un lato è più o meno forte che dal lato opposto.

Il riflesso abnorme del tibiale anteriore si presenta talora già precocemente, talora come sintoma unico rilevabile alle estremità inferiori, allora esso dà valore positivo ad un fenomeno del Babinski dubbio.

Il fenomeno è frequentemente positivo nella sclerosi multipla, nella tabe dorsale e in altre affezioni del sistema nervoso. In un caso di miotonia il fenomeno era poco spiccato ed aveva carattere miotonico; il piede ritornava lentamente alla posizione normale.

Kimmer Wilson. — « Wien. Klin. Woch. », (n. 38, 1912). *Degenerazione essenziale nucleo-lenticolare.*

L'A. espone tale forma come malattia familiare associata a cirrosi epatica. Può essere congenita, ereditaria, familiare; essa comincia in individui giovani e, dopo un decorso che può variare dai 4 mesi ai 5 anni, diviene letale.

Questo è lo svolgimento: accadono movimenti bilaterali a carico delle estr mità superiori ed inferiori; nei movimenti volontari si presentano tremori cc stato spastico ipertonico della muscolatura; riso spastico, al quale possono seguire vivaci contratture con disfagia, disastria, fino all'anartria; tutto è accompagnato da ipertonia muscolare e da accentuata emotività. Non si osservano fenomeni paralitici; i riflessi addominali sono bene conservati.

La malattia può decorrere senza alterazioni psichiche, e può venire localizzata al di fuori delle vie piramidali.

Il reperto anatomo patologico è caratteristico: rimangono colpiti in modo simmetrico i due nuclei lenticolari fino al putamen; il globus pallidus è meno interessato, e qualche volta è colpita anche la capsula esterna. La capsula interna, come il nucleo caudato ed il talamo ottico per lo più sono intatti.

L'indagine istologica del nucleo lenticolare lascia vedere una proliferazione della nevroglia, e formazione di cavità. Non vennero riscontrati fatti di lesione sifilitica dei vasi, nè trombosi dei vasi corrispondenti.

Un reperto interessantissimo che la necroscopia metteva in vista, era quello di una cirrosi epatica tipica, che era a decorso latente.

Ne furono osservati 12 casi dai 10 ai 20 anni; orbene 8 di essi avevano carattere familiare; la sifilide e l'alcoolismo potevano venire scartati dall'etiologia.

Il decorso poteva essere rapido, caratterizzato specie da febbre e dimagramento grave; la sensibilità, i riflessi e la funzione visiva erano normali.

Ritiene l'autore che forse possono essere tossine cellulari elaborate nel fegato, che vanno ad irritare il nucleo lenticolare. In un caso si trovò proliferazione della sostanza tiroidea; in un altro accanto alla cirrosi epatica si trovò un grosso tumore di milza.

Acromegalia e tumori ipofisari.

La questione della patogenesi dell'acromegalia è ancora molto discussa, e di essa si occupa in un recente lavoro Masini L. (Il Tommasi, n. 1, 1913). A parte le correlazioni tra i tumori ipofisari e l'acromegalia, l'A. si domanda se l'acromegalia è sempre prodotta dal tumore ipofisario, se il tumore ipofisario necessariamente conduce alla sindrome acromegalica.

Riassumendo, l'A. crede che bisogna anzitutto partire da un esatto concetto, di ciò che è vero e proprio tumore ipofisario, per poi passare alle correlazioni di esso tumore con l'acromegalia, non dimenticando che, mentre l'acromegalia vera corrisponde ad una lesione dell'ipofisi; non tutti i tumori dell'ipofisi conducono all'acromegalia. In quest'ultimo caso la persistenza di tessuto ghiandolare iperplastico ha forse un'importanza degna di nota, potendo talora rendersi ragione della varietà della fenomenologia acromegalica.

R.

Treviganello C. — *Ricerche sul siero di sangue e sul liquido cefalo-rachidiano di epilettici.* (Clin. med. R. Univ. Genova). « Gazzetta osp. e Cliniche », n. 150, 1912.

Se nel siero di sangue di epilettici è contenuto un principio tossico specifico, a maggior ragione è lecito pensare che esista anche nel loro liquido cefalo-

rachidiano. Orbene, dato un siero di epilettico, in esso si troveranno riunite tutte quelle sostanze speciali: acqua, albumina, sali ecc., che entrano nella composizione d'ogni siero normale, più quel principio neurotossico, neurocitotossico proprio dell'epilessia; e dato un liquido cefalo-rachidiano (differenti da quelli che compongono il siero di sangue) più lo stesso principio neurocitotossico sopra accennato dell'epilessia.

Ammessa come razionale tale proposizione se, dopo avere convenientemente preparato per l'anafilassia un animale con siero di sangue d'epilettico si inietta non più siero di sangue, ma liquido cefalo-rachidiano dello stesso malato, verificandosi eventualmente fenomeni anafilattici, questi rigorosamente non dovrebbero più essere imputabili al siero (globuline, albumine, ecc.) chè infatti siero non si inietta, bensì al liquido-rachidiano contenente quel tal principio neurotossico epilettogeno il quale verrebbe per tal modo a funzionare da vero e proprio antigene, e si produrrebbe quindi dirò così una anafilassia specifica dell'epilessia.

Convulsioni epilettiformi nel coma diabetico.

Durante il decorso del coma diebetico Aveline (Thése de Lyon, 1912), ha potuto osservare, in una ventina di casi, il sopravvenire di accessi convulsivi epilettiformi. La causa della loro insorgenza, può riferirsi a lesioni cerebrali (emorragie, rammollimento, tumori, cicatrici, encefaliti) all'uremia o al diabete stesso. In certi casi può rendersi difficile la diagnosi differenziale con l'encefalite.

Per eliminare il sospetto dell'uremia, è necessario fare la ricerca della permeabilità renale, il disagio dell' albumina del sangue, e la ricerca dell' urea nel sangue e nel liquido cefalorachidiano.

Le convulsioni dovute esclusivamente al diabete sono assai rare, e la loro insorgenza richiede la presenza di fattori predisponenti, quali l'età, l'alcoolismo, l'eredità nevropatica, ecc.

La diagnosi è d' importanza capitale per il trattamento: nei casi nei quali l'accesso convulsivo si può mettere in rapporto con la intossicazione diabetica pura, la cura alcalina può dare, se intrapresa precocemente, dei buoni risultati; se invece vi partecipa il fattore uremico, il trattamento alcalino va formalmente proscritto.

Tanfani.

Lavastine L. e Jonnesco. — *Ipofisi e psicopatie.* « Encephale », num. 2, anno 1913.

L'ipofisi nei psicopatici apparisce d'ordinario poco lesa e in modo differente. Nella paralisi generale, nella demenza precoce, nella demenza senile, nella confu-

sione mentale; non esiste un tipo di alterazione particolare, poichè vi sono coefficenti diversi che contribuiscono ad alterare l'ipofisi, quali l'età, il sesso, la vita genitale, le infezioni, le intossicazioni, lo stato della nutrizione generale, i rapporti colle altre ghiandole endocrine, ecc. Tuttavia nei paralitici la vaso dilatazione e nei dementi senili la sclerosi perivascolare, sono state riscontrate colla maggior frequenza.

Polvani. — *Studio anatomico della glandola pineale umana.* « Rassegna di studi psichiatrici », vol. III, fasc. 1, gennaio-febbraio, 1913).

L'A. espone solamente le conclusioni d'un lavoro che sarà pubblicato presto. Fra le principali sono le seguenti: Nei mammiferi superiori la glandola pineale è omologa del diverticolo ipofisario dei pesci. Dal lato microscopico, l'A. ha trovato fra le altre caratteristiche, cellule epifisarie parenchimali nella sostanza bianca che forma il letto della ghiandola. Egli propone per queste cellule il nome di « nuclei parapineali ». Il tessuto parenchimale della glandola ha il carattere dei tessuti secernenti. La funzione che per ora si può attribuire alla glandola è quella di regolare gli effetti della secrezione testicolare ed ovarica.

O. Ascenzi. — *Effetti fisiopatologici consecutivi alla lesione traumatica del lobo prefrontale destro dell'uomo.* « Riv. di Patol. nervosa e mentale », vol. XVI, n. 2, pag. 675.

Lo studio del caso riferito dimostra:

a) nell'uomo la funzione associativa (interemisferica) del corpo calloso, ed i suoi rapporti indiretti con le vie progettive motrici (piramidali);

b) la guarigione di scariche convulsive jacksoniane da stimolazione indiretta di una cicatrice (craniectomica), comprimente il corpo calloso;

c) nell'uomo la perdita della sostanza cerebrale costituente quasi tutto il giro frontale superiore e medio, la parte anteriore del terzo giro frontale, non che la parte anteriore della faccia orbitaria del lobo prefrontale destro, non esercita una spiccata influenza sui processi mentali, ma verosimilmente diminuisce in lieve grado il potere immaginativo, di fantasia e di intuito.

Dall'Originale.

Seppilli G. — *Un caso di afasia amnestica (amnesia verborum) con rammollimento del lobulo parietale inferiore sinistro.* « Riv. It. di Neurop. Psichiat. », vol. 3, n. 12, pag. 530.

L'A. riferisce d'un malato che colpito da un attacco congestivo l'11 maggio 1910, aveva presentato all'esame obbiettivo *amnesia verbale, alessia ed agrafia,* senza sordità verbale, nè afasia motrice. Sulla base di questa sindrome, venne

fatta diagnosi di rammollimento *localizzata al lobulo parietale inferiore sinistro*, il che venne confermato pienamente dall'autopsia.

L'A. ne prende occasione per ricordare altri casi analoghi che confermano pienamente la concezione del Banti, rimessa recentemente in onore da Vedrani, e per fare alcune considerazioni delle quali conclude: che l'afasia amnestica, o *amnesia verborum*, può essere l'espressione d'un'affezione cerebrale a focolaio localizzata al lobulo parietale inferiore sinistro.

Seppilli.

Migliucci prof. Ciro. — *Su talune lesioni del reticolo fibrillare endocellulare nelle cellule del midollo spinale e della zona rolandica in seguito ad intossicazione mercuriale sperimentale.* « Giornale internazionale delle scienze mediche », anno XXXV, fasc. 3, febbraio 1913.

L'A. per studiare le alterazioni del reticolo endocellulare nell'intossicazione mercuriale, ha intrapreso delle ricerche sperimentali cercando di avvelenare cronicamente dei cani con iniezioni di bijoduro di mercurio in soluzione jodurata alcalina.

Le lesioni però presentate dalle cellule nervose non offrono caratteristiche tali da poter essere differenziate da quelle che si notano in altre forme morbose e trovate da altri autori in altri tipi sperimentali. Per cui è lecito concludere che allo stato attuale delle nostre conoscenze « non si può stabilire un tipo anatomico che risponda ad un tipo clinico, nè stabilire dei rapporti fra la etiologia e la anatomia patologica ».

B.

Amnesia di fissazione ed amnesia di evocazione in un paralitico generale. (Dimostrazione di preparati istologici). « Societé clinique de médicine mentale ». Seduta del 20 maggio 1912.

Martana dimostra i preparati d'un individuo malato di sifilide dai 23 anni e soggetto ad accessi epilettiformi sin dall'età di quaranta anni. A questi accidenti si associava un indebolimento della memoria. Questi ultimi disturbi fecero dei rapidi progressi, al punto che presto si constatò presso di lui una amnesia continua ed una amnesia di riproduzioni tali che il malato, che aveva la coscienza dei suoi disturbi di amnesia, non aveva conservato alcun ricordo dei fatti antichi e recenti. Più tardi questa amnesia cosciente s'accompagna a logorrea. I segni somatici della paralisi generale non comparvero che tardivamente.

All'autopsia si nota un predominio della meningo-encefalite sub-acuta a livello dei lobi frontali.

Tumore cérébrale e psicosi di Korfackoff (Presentazione di preparati).

Bonnet mostra il cervello d'un malato che ha presentato sintomi di psicosi polinevritica o sindrome di Kosakoff, ossia una confusione mentale a forma amnesica, disorientamento, amnesia di fissazione, racconti immaginarii, impotenza funzionale degli arti inferiori.

Una gomma sifilitica si trova nella parte inferiore dei due lobi frontali ed occupa tutto il lobo orbitario di ciascun emisfero.

Lezioni cerebrali nella corea di Huntington. -- « Societé de neurologie ». Seduta d'anat. patol. del 27 giugno 1912.

Marie e Shermitte hanno trovato in due casi l'atrofia del nevrasse e specialmente dei nuclei grigi centrali, con dilatazione dei ventricoli, ependimite, lesioni cellùlari; infine produzione di numerosi astrociti, encefalite dei piedi, dei lobi frontali e dei nuclei centrali. Questa ultima lesione potrebbe essere in rapporto con i disturbi mentali ed i movimenti coreiformi.

Scharpff. — *Herngewicht und Psychose.* « Arch. für Psych » Bd. 49, H. 1, 1912. « Rivista Patologia nervosa e mentale » Tanzi, fasc. 1, 1913.

L'A. ha trovato una sensibile diminuzione del peso medio dell'encefalo nella demenza paralitica (100 casi) e nella demenza senile (25 casi); una lieve diminuzione nelle psicosi funzionali (101 casi); un aumento nella catatonia (15 casi); nell'epilessia (19 casi) e nei tumori cerebrali.

Questi dati sono di poco differenti da quelli ottenuti da precedenti osservatori.

Più che la ricerca del peso assoluto dell'encefalo, io ritengo più interessante ed efficace quella del peso specifico della sostanza cerebrale.

Dalle ricerche da me fatte vari anni or sono, risultò che nella demenza paralitica si hanno differenze nel peso specifico ed assoluto, a seconda dell'epoca in cui la morte è avvenuta. Nell' epilessia invece, il peso specifico ed assoluto è molto elevato, e tale risultato aveva da tempo il Morselli ottenuto.

Se tali studi venissero largamente ripresi, vantaggio non lieve io ritengo, potrebbe risentirne il problema pur sempre oscuro dell'anatomia patologica della pazzia.

Agostini.

Alterazioni da alcool metilico. — « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », pag. 3, gennaio 1913.

Il dott. Bürger, assistente dell'Istituto di Medicina Legale di Berlino, diretto dallo Strassmann, esaminò in tre dei ricoverati dell'Istituto dei «senzatetto» di quella città, morti per avvelenamento da alcool metilico, il ponte ed il midollo allungato e specialmente il nucleo del vago. L'A. fu indotto a queste indagini dai sintomi clinici, i quali — specialmente i gravi disturbi respiratori e la morte per paralisi respiratoria — deponevano per un'affezione di queste parti.

I risultati sono esposti nella « Berl. Klin. Woch. », 1912, n. 36. Nei tre casi il reperto era quasi completamente eguale. In quasi tutte le sezioni del ponte e del midollo allungato, si notavano all' esame microscopico emorragie talora più grandi, talora più piccole, le quali per lo più erano disposte intorno a vasi di vario calibro, talora anche intorno a capillari. Spesso però non si vedevano affatto i vasi. Nel cervello furono pure viste emorragie in un caso, ma isolate.

Intorno alle emorragie i fenomeni degenerativi erano particolarmente forti, e si trovavano numerose sferule granulari e corpi amilacei. Colorando dei preparati col Sudan III, si vedevano accumoli di sostanze lipoidi presso le cellule endoteliali dei vasi, le quali spesso formavano come una grossa crosta intorno al lume vasale.

Con questi reperti ottenuti nell'uomo, coincidono quelli ottenuti dal Rühle nei cani. Anche quest'A. trovò nel ponte e nel midollo allungato, e specialmente nella regione del nucleo del vago, numerose emorragie in due cani avvelenati con alcool metilico.

Sembra, quindi, che queste emorragie costituiscano, nella morte da alcool metilico, un reperto abbastanza costante, il quale acquisterebbe importanza qualora potesse corroborare la diagnosi anatomo-patologica di avvelenamento da alcool metilico.

Anche nell'avvelenamento acuto da alcool etilico, possono aversi emorragie nel sistema nervoso centrale, come dimostrò il Pforringer, e così pure in altre intossicazioni, ma non preferiscono la regione del vago nello stesso grado come nell'intossicazione da alcool metilico.

Le emorragie spiegano alcuni sintomi clinici, ed anche la morte improvvisa per paralisi respiratoria. Forse anche emorragie in determinati nuclei nervosi sono la causa delle paralisi isolate da singoli nervi, per es. dei nervi oculomotori, le quali non furono osservate nei casi di Berlino, ma in altri casi in Ungheria, in Russia ed in America.

1. — Dalle indagini isto-patologiche da me eseguite sul sistema nervoso dei cani avvelenati cronicamente con alcool etilico e metilico, si rilevano alterazioni gravi e diffuse degli elementi nervosi, sia per rispetto alla sostanza tigroide,

che all'apparato neuro fibrillare. Dette alterazioni che sono proporzionate alla durata dell'avvelenamento, risultano più evidenti nel midollo spinale, e particolarmente nei grandi neuroni radicolari anteriori; e sono in armonia con quanto è stato osservato nel sistema nervoso di individui morti per alcoolismo cronico. Meno accentuate appaiono negli animali in esperimento, le alterazioni a carico dei vasi sanguigni e della nevroglia.

2. — Le lesioni sul sistema nervoso di cani intossicati cronicamente con alcool etilico e metilico, sono uguali per natura e per sede, ma nel caso dell'alcool metilico, sono molto più rapide ed intense.

Agostini.

Obregia U., Parhon C. et Urechia C. — *Recherches sur les glandes génitales (testicules et ovaires) dans la démence précoce.* « L'Encéphale » VIII année, n. 2, 1913.

Dallo studio accurato fatto in parecchi alienati gli AA. vengono alle seguenti conclusioni:

Il testicolo nella demenza precoce non presenta alterazioni in rapporto con tale malattia, poichè il suo stato normale è la regola. Al contrario si trova costantemente assenza di spermatogenesi. Non è impossibile che le cellule dei tuboli seminiferi abbiano anche esse, oltre la ghiandola intestiziale, una secrezione interna, e si può pensare che la demenza precoce sia dovuta ad una alterazione di questa secrezione. Sembra però agli AA. più probabile che l'essenza della spermatogenesi debba attribuirsi alla intossicazione o ai disturbi nutritivi che producono la demenza precoce. In ogni caso si può affermare che la demenza precoce maschile non è dovuta alla insufficienza testicolare poichè i disturbi mentali che la caratterizzano non fanno parte della sindrome di questa insufficienza. Infine dicono gli AA. che l'ipotesi di una secrezione interna pervertita delle cellule dei tubuli seminiferi è da rigettarsi poichè la castrazione uni-o bilaterale (due casi osservati da Bleuler) non esercita alcuna favorevole azione sulla evoluzione della demenza precoce.

Per ciò che riguarda l'ovaia gli AA. concludono che il suo stato normale non è raro e che nei casi in cui vi si trovano delle alterazioni si può pensare che sieno esse dovute all'effetto della malattia stessa o delle malattie intercorrenti. Emerge dunque chiaro, secondo gli AA. che la *demenza precoce non è dovuta a disturbi della secrezione interna delle ghiandole sessuali.*

Emerge altresì che l'assenza della spermatogenesi, insieme ad altri fatti, quali l'alterazione del sangue, servono a dimostrare che la demenza precoce è, come la paralisi generale, una malattia generale non localizzata al cervello soltanto.

Scarpini. — *Ricerche istologiche sui centri nervosi in un caso di demenza precoce catatonica.* « Rassegna di studi psichiatrici », vol. II, fasc. 1.

L'A. ha esaminato istologicamente il cervello in un caso classico di demenza precoce ebefreno-catatonica: si tratta di una giovanetta morta per pleurite tubercolare.

Le alterazioni che ha riscontrato nella corteccia cerebrale sono in gran parte simili a quelle descritte da altri autori. Interessanti alterazioni e non molto comuni furono riscontrate invece all'esame dei nuclei basilari del cervello e del cervelletto. Egli ha trovato delle profonde alterazioni degli elementi cellulari con fatti molto accentuati di neuronofagia nel cervello; e nel cervelletto ha osservato alterazioni gravi delle cellule del Purkinje con atrofia della sostanza bianca e grigia.

Pur conservando alle lesioni corticali l'importanza che loro è attribuita, l'A. si domanda se le alterazioni dei nuclei della base e del cervelletto non rappresentino una parte importante nella determinazione della sintomatologia clinica della malattia.

V.

René Sand. — *L'Anatomie pathologique de la Chorée.* « Iourn. di Neurol. », 1912, n. 5.

Molto diversi furono fin quì i risultati delle indagini compiute da vari autori sul sistema nervoso centrale di individui affetti da corea acuta. Alcuni infatti osservarono iperemie intense nei vari segmenti del nevrasse, emorragie più o meno diffuse, infiltrazioni leucocitarie periavventiziali, lesioni più o meno gravi a carico delle cellule nervose tanto della corteccia cerebrale che dei nuclei grigi della base. Questo potè vedere l'A. in un caso da lui studiato circa tre anni or sono; questo ha avuto modo di riscontrare anche in un'altro caso, del tutto recente, sebbene le lesioni, nel complesso, fossero meno accentuate.

Altri invece non riuscirono a vedere niente di tutto ciò. Ora l'A., basandosi sui propri reperti, pensa, nei riguardi della patogenesi delle alterazioni descritte, che esse rappresentino la localizzazione di un processo tossico che fa risentire la sua principale azione sui gangli della base e più specialmente sul talamo ottico. Non è in grado però l'A. di dirci per quali ragioni le lesioni talamiche producono i movimenti coreici e perchè vadano esse a localizzarsi nei talami.

Sand R. — *L'anatomia patologica della corea:* « Journ. de Neurologie », 1912, n. 5.

Nei centri nervosi d'individui affetti da corea, l'A. ha riscontrato: nel cervello iperemia che va fino all'emorragia capillare. Alterazioni diverse delle eel-

lule nervose, accentuate specialmente nel talamo, dove arrivano talora alla morte e alla scomparsa della cellula. Gliosi cellulare, solo nel cervello. Proliferazione connettivale delle meningi molli spinali con degenerazione ialina.

Quanto alla patogenesi di queste alterazioni, l'A. crede che si possano fare tre ipotesi: o che si tratti d'un banale risentimento sul sistema nervoso della febbre e della tossiemia; o che le lesioni sieno dovute ad uno spossamento che subisce il sistema nervoso per l'agitazione incessante; o che infine esse costituiscano una localizzazione particolare speciale del processo tossi-infettivo. La terza ipotesi è per l'A. la più vicina al vero. *L. Negri.*

Guizzetti P. e Camisa G. — *Quinto contributo dell' anatomia patologica della corea infettiva, con due nuovi casi mortali.* « Riv. Sper. di Freniatria », v. 37, n. 1-2, pag. 300.

Nella corea minore si tratta d'uua encefalite disseminata, con partecipazione della pia, associata di frequente a centri ischemici da embolie di arteriole cerebrali, accompagnato costantemente da modificazioni non gravi delle cellule nervose del cervello, principalmente della corteccia e provocata certamente da microorganismi più spesso poco patogeni, giuntivi per la via ematica.

Dall' Originale.

Besta C. — *Sul modo di comportarsi del reticolo pericellulare in alcuni processi patologici del tessuto nervoso.* « Riv. di Patol. nerv. e ment. », n. XVI, n. 10.

1.º — Il reticolo periferico della cellula nervosa deve essere considerato come un vero e proprio elemento morfologico del tessuto nervoso: i dati emersi dai tre gruppi d'indagini istopatologiche riferite, concordano nell'escludere che esso sia un prodotto artificiale.

2.º — Il reticolo periferico della cellula nervosa si comporta, nei casi di lesioni limitate agli elementi nervosi, in modo affatto indipendente da questi. Infatti in caso di alterazioni distruttive delle cellule e delle arborizzazioni pericellulari, esso, o rimane intatto, o presenta modificazioni legate a processi di iperplasia della nevroglia: così pure è intatto, o lievemente leso, quando le cellule nervose mostrano, per azione del freddo o del digiuno o dell'ipertermia sperimentale, profonde modificazioni.

3.º — Il reticolo periferico dev'essere studiato nei processi istologici del tessuto nervoso allo stesso modo col quale vengono studiati gli altri elemeni costitutivi; la sua dimostrazione ha una speciale importanza in quei casi nei quali è necessario accertare se avvengono dei fatti di neuronofagia, qualunque sia il senso col quale questa espressione viene intesa. *Dall'Originale.*

Scarpini. — *Ricerche istologiche sui centri nervosi in un caso di demenza precoce catatonica.* « Rassegna di studi psichiatrici », vol. II, fasc. 1.

L'A. ha esaminato istologicamente il cervello in un caso classico di demenza precoce ebefreno-catatonica: si tratta di una giovanetta morta per pleurite tubercolare.

Le alterazioni che ha riscontrato nella corteccia cerebrale sono in gran parte simili a quelle descritte da altri autori. Interessanti alterazioni e non molto comuni furono riscontrate invece all'esame dei nuclei basilari del cervello e del cervelletto. Egli ha trovato delle profonde alterazioni degli elementi cellulari con fatti molto accentuati di neuronofagia nel cervello; e nel cervelletto ha osservato alterazioni gravi delle cellule del Purkinje con atrofia della sostanza bianca e grigia.

Pur conservando alle lesioni corticali l'importanza che loro è attribuita, l'A. si domanda se le alterazioni dei nuclei della base e del cervelletto non rappresentino una parte importante nella determinazione della sintomatologia clinica della malattia.

V.

René Sand. — *L'Anatomie pathologique de la Chorée.* « Iourn. di Neurol. », 1912, n. 5.

Molto diversi furono fin quì i risultati delle indagini compiute da vari autori sul sistema nervoso centrale di individui affetti da corea acuta. Alcuni infatti osservarono iperemie intense nei vari segmenti del nevrasse, emorragie più o meno diffuse, infiltrazioni leucocitarie periavventiziali, lesioni più o meno gravi a carico delle cellule nervose tanto della corteccia cerebrale che dei nuclei grigi della base. Questo potè vedere l'A. in un caso da lui studiato circa tre anni or sono; questo ha avuto modo di riscontrare anche in un'altro caso, del tutto recente, sebbene le lesioni, nel complesso, fossero meno accentuate.

Altri invece non riuscirono a vedere niente di tutto ciò. Ora l'A., basandosi sui propri reperti, pensa, nei riguardi della patogenesi delle alterazioni descritte, che esse rappresentino la localizzazione di un processo tossico che fa risentire la sua principale azione sui gangli della base e più specialmente sul talamo ottico. Non è in grado però l'A. di dirci per quali ragioni le lesioni talamiche producono i movimenti coreici e perchè vadano esse a localizzarsi nei talami.

Sand R. — *L'anatomia patologica della corea:* « Journ. de Neurologie », 1912, n. 5.

Nei centri nervosi d'individui affetti da corea, l'A. ha riscontrato: nel cervello iperemia che va fino all'emorragia capillare. Alterazioni diverse delle cel-

lule nervose, accentuate specialmente nel talamo, dove arrivano talora alla morte e alla scomparsa della cellula. Gliosi cellulare, solo nel cervello. Proliferazione connettivale delle meningi molli spinali con degenerazione ialina.

Quanto alla patogenesi di queste alterazioni, l'A. crede che si possano fare tre ipotesi: o che si tratti d'un banale risentimento sul sistema nervoso della febbre e della tossiemia; o che le lesioni sieno dovute ad uno spossamento che subisce il sistema nervoso per l'agitazione incessante; o che infine esse costituiscano una localizzazione particolare speciale del processo tossi-infettivo. La terza ipotesi è per l'A. la più vicina al vero. *L. Negri.*

Guizzetti P. e Camisa G. — *Quinto contributo dell'anatomia patologica della corea infettiva, con due nuovi casi mortali.* « Riv. Sper. di Freniatria », v. 37, n. 1-2, pag. 300.

Nella corea minore si tratta d'uua encefalite disseminata, con partecipazione della pia, associata di frequente a centri ischemici da embolie di arteriole cerebrali, accompagnato costantemente da modificazioni non gravi delle cellule nervose del cervello, principalmente della corteccia e provocata certamente da microorganismi più spesso poco patogeni, giuntivi per la via ematica.

Dall'Originale.

Besta C. — *Sul modo di comportarsi del reticolo pericellulare in alcuni processi patologici del tessuto nervoso.* « Riv. di Patol. nerv. e ment. », n. XVI, n. 10.

1.° — Il reticolo periferico della cellula nervosa deve essere considerato come un vero e proprio elemento morfologico del tessuto nervoso: i dati emersi dai tre gruppi d'indagini istopatologiche riferite, concordano nell'escludere che esso sia un prodotto artificiale.

2.° — Il reticolo periferico della cellula nervosa si comporta, nei casi di lesioni limitate agli elementi nervosi, in modo affatto indipendente da questi. Infatti in caso di alterazioni distruttive delle cellule e delle arborizzazioni pericellulari, esso, o rimane intatto, o presenta modificazioni legate a processi di iperplasia della nevroglia: così pure è intatto, o lievemente leso, quando le cellule nervose mostrano, per azione del freddo o del digiuno o dell'ipertermia sperimentale, profonde modificazioni.

3.° — Il reticolo periferico dev'essere studiato nei processi istologici del tessuto nervoso allo stesso modo col quale vengono studiati gli altri elemeni costitutivi; la sua dimostrazione ha una speciale importanza in quei casi nei quali è necessario accertare se avvengono dei fatti di neuronofagia, qualunque sia il senso col quale questa espressione viene intesa. *Dall'Originale.*

D o t t. B i a n c h i V. — *Alterazioni istologiche della corteccia cerebrale in seguito a focolai distruttivi ed a lesioni sperimentali.* Estr. dagli « Annali di Neurol. ». Fasc. II, 1912. Napoli Stab. Tip. Lubrano 1912, 8° pag. 33 con 59 figure a colori. Studium 20 marzo 1913, pag. 112.

L'A. ch' è uscito da una scuola fiorente e superba d' istologia, ha operato con questo aspro e vasto lavoro un gran prodigio di capacità tecnica, di conoscenza istologica, d' osservazione sottile, paziente, insistente.

Egli, esaminando con rigore e precisione le alterazioni istologiche della corteccia cerebrale che si producono in seguito a focolai distruttivi nell' uomo ed a lesioni sperimentali negli animali (cani), è pervenuto a mettere solidamente in chiaro idee e fatti nuovi e a rischiararne dei vecchi, documentandoli sufficientemente con 59 figure a colori che sono una meraviglia di perfezione e bellezza.

I fatti adunque che l'A. è riuscito ad appurare mercè le sue ricerche, sono i seguenti:

1.° — Le lesioni prodotte da processo distruttivo del cervello, corticali o sub-corticali, di natura traumatica o trombotica, non sono limitate al solo focolaio, come apparisce ad occhio nudo, e nemmeno alle soli pareti del focolaio stesso, ma si estendono ad una certa distanza i cui limiti toccherà alle ulteriori ricerche di definire. Coteste alterazioni si riferiscono alle cellule nervose, le quali dopo fasi successive muoiono per atrofia, alle cellule ed alle fibre di nevroglia di cui le prime si ipertrofizzano ed aumentano di numero sostituendo le cellule nervose, sia nelle sedi prossime ai focolai, sia in punti lontani.

2.° — Nei giovani focolai sperimentali appaiono le plasmacellule, le quali non appariscono nei vecchi focolai da esperimento a differenza di quanto accade nell' uomo, nel quale si trovano anche nei vecchi focolai da rammollimento.

3.° — I tentativi di neurotizzazione dei focolai si verificano se il focolaio, sperimentalmente prodotto, capita in individuo giovane; più raramente negli adulti.

4.° — Le fibre nervose che si trovano in focolai di animali da esperimento vanno soggette a pronta degenerazione.

5.° — Nei focolai da rammollimento dell' uomo non s' incontrano processi di neurotizzazione.

6.° — A seguito di un focolaio distruttivo si stabilisce oltre che nelle aree prossime e nelle distali un processo degenerativo, ma per la diffusione di questo processo l' atrofia invade un intero lobo e spesso l' intero emisfero.

7.° — Che le lesioni riscontrate distanti dal focolaio e specialmente quelle messe in rilievo dell' emisfero opposto siano proprio in rapporto con la distruzione di una parte del cervello, e non dipendenti da alterazioni vasali, come si potrebbe supporre nell' uomo affetto da arteriosclerosi più o meno diffusa, viene

dimostrato dal fatto che le stesse lesioni si riscontrano nei cervelli degli animali da esperimento.

8.° — La frequente sindrome demenziale che in parte può nell' uomo essere messa in conto delle lesioni vasali preesistenti, nel più dei casi dev' essere messa in conto delle alterazioni cellulari del mantello, le quali rappresentano sotto questo punto di vista un contenuto di applicazioni pratiche per la patologia e per la clinica.

R. Baranj. — *Nuove ricerche e osservazioni concernenti le relazioni esistenti fra l' apparecchio vestibolare e il sistema nervoso centrale. Sintomi cerebellari e vestibolari a distanza provocati dai tumori cerebrali* « Revue Neurologique », (n. 1-15 gennaio 1913).

Lo studio di 29 casi di tumori extra-cerebellari induce l'A. ad affermare quanto segue :

1. — I tumori posti in una regione qualsiasi dell'encefalo possono manifestarsi con disturbi cerebellari dal lato della lesione o dal lato opposto.

2. — Per distinguere i sintomi a focolaio dai sintomi a distanza (o di vicinanza) bisogna tener conto tanto dei fenomeni spontanei quanto dei risultati d'un esame funzionale minuto. Una caduta o una deviazione spontanea non basta perchè si possa affermare una lesione cerebellare a focolaio. Se in presenza di questi fenomeni spontanei si riesce con i mezzi destinati alla ricerca del nistagmo a provocare una deviazione o una caduta nel senso contrario, ciò prova — secondo ogni probabilità — che in quel caso si tratta di fenomeni di vicinanza (o di distanza).

Può aversi un'eccezione, una sola; questa discordanza tra i fenomeni spontanei e i fenomeni provocati può esser dovuta a un tumore intracerebellare, ma all'inizio della sua evoluzione, perchè in seguito sparisce (un caso di Fetens-Hald).

3. — È importantissimo esaminare i malati più volte di seguito. Se l'assenza di caduta e di deviazione appare in maniera passeggiera, si tratta allora certamente di fenomeni a distanza. Se una parte dei fenomeni rimane costante e l'altra appare in modo variabile, si tratta probabilmente d' un' associazione di fenomeni a focolaio e di fenomeni a distanza (un caso di Barany).

4. — Gli effetti d' un' operazione decompressiva, d'una puntura lombare o ventricolare sono della più grande importanza dal punto di vista diagnostico. Se le manifestazioni patologiche spariscono completamente dopo un intervento decompressivo s' ha la prova ch' esse risultano d' un' azione a distanza o di vicinanza.

Solo le manifestazioni di *deficit* permanenti possono essere attribuite a le-

sioni a focolaio (tali sono la caduta o la deviazione spontanea, l'assenza di reazione nella direzione contraria, o l'assenza sola di queste reazioni).

6. — I tumori del nervo acustico producono quasi costantemente dei fenomeni di vicinanza della parte dell' emisfero corrispondente; essi si traducono con una paralisi durevole di questo emisfero (deviazione in fuori, assenza di deviazione in dentro), ma possono aversi anche altri disturbi (deviazione passeggiera nel senso contrario). È ancora impossibile risolvere la questione se i disturbi spontanei dell'equilibrio e i disturbi di reazioni vestibolari, accompagnanti frequentemente i tumori dell'acustico, debbano essere attribuiti a lesioni del verme o a lesioni del nucleo di Deiters.

7. — Il nistagmo passeggiero d'intensità varia, analogamente al nistagmo permanente d' origine intracranica, può essere provoeato dai tumori di qualsiasi localizzazione, se esercitino un' azione compressiva sulla fossa cerebellare. Per contro, anche i tumori della fossa cerebellare, pur se non diano luogo a una compressione sufficiente, possono non essere accompagnati da nistagmo manifesto.

8. — I disturbi gravi dell'udito non si riscontrano che eccezionalmente all'infuori dei tumori della fossa cerebellare (un caso di Ruttin).

Per contro in questi casi si hanno spesso disturbi moderati dell'audizione, come si osservano nelle lesioni dell' orecchio interno. Una sordità unilaterale o bilaterale completa non è d'ordinario causata che dai tumori dei nervi acustici. Pertanto Ruckert ha riferito un caso di sordità unilaterale completa in un caso di tumore del lobo frontale e anche Ruttin in un caso di tumore temporale. Nel corso dei tumori del nervo auditivo si può egualmente osservare, benchè di rado, una conservazione dell'udito (osservazioni di Frey, di Claus e Barany).

9. — I ronzii o rumori d'orecchio, nei casi di tumori intracranici, non sono quasi mai durevoli. Le vertigini gravi si riscontrano spesso nel periodo iniziale (qualunque sia la sede del tumore); nei periodi più avanzati le vertigini fanno quasi sempre difetto. Secondo le osservazioni dell' A., la reazione calorica non è mai completamente abolita, salvo i casi di tumore dell'acustico, in cui l'assenza di questa reazione è un segno costante. Per contro una diminuzione dell' eccitabilità calorica può osservarsi come un fenomeno a distanza.

10. — Nei casi in cui il tumore esercita una compressione considerevole sulla fossa cerebellare, le eccitazioni vestibolari, come regola generale, non sono accompagnate da sensazioni abituali. Anche i vomiti spontanei non s' osservano d'ordinario che all'inizio della malattia. Nei tumori della fossa cerebellare, l'A. non ha quasi mai potuto constatare, nel periodo d' osservazione, nè nausee nè vomiti. Non è tuttavia impossibile che si possano riscontrare allo inizio della malattia.

11. — Nella maggioranza dei casi in cui esistono fenomeni di compressione nel dominio della fossa cerebellare si può constatare una esagerazione delle reazioni motrici di fronte all'eccitazioni cerebellari; ciò v'ha detto tanto per il

nistagmo (Ruttin) quanto per la deviazione e la caduta. In assenza della compressione, anche nei casi di tumore della fossa cerebellare l'eccitabilità vestibolare può essere poco pronunziata (un caso di tumore dell'acustico, Berany). Sarebbe pertanto impossibile basare su questo carattere delle conclusioni diagnostiche.

12. — Ben inteso, non bisogna mai fare la diagnosi basandosi su un solo sintomo; tutti i dati d'un esame neurologico minuzioso e dell'evoluzione della malattia debbono essere presi in considerazione. Solamente la ricerca di tutte le reazioni può fornirci ragguagli serii sulo stato dell'apparecchio vestibolare. Ed è da augurarsi che i nuovi metodi di ricerca entrino nella pratica neurologica corrente.

La puntura cerebrale di Foerster come mezzo di diagnosi biopsica delle affezioni diffuse dell' encefalo (« Beol. Klin. Wochensch. » n. 21, 1912).

Secondo l'A. 4 casi su 14 concernenti paralitici generali, nettamente designati dalla clinica, uei 4 casi, la biopsia mostrò lesioni tipiche: infiltrazione perivascolare di linfociti, di Plasmazellen, ed anche di cellule vasileiformi. Lesioni nette della struttura delle cellule nervose.

In tre altri casi la biopsia ha eliminato l'ipotesi di paralisi generale e dimostrato l'esistenza di atrofia per arteriosclerosi. Non si aveva infiltrazione perivascolare, non si potevano constatare lesioni di degenerazione jalina dei vasi della corteccia, tutt'al più si osservava un debole agglomeramento di linfociti attorno ai grossi vasi che penetrano dalla pia madre nel cervello.

Due altri casi concernono tumori. Questa fu una sorpresa mentre l'esame clinico offriva piuttosto un quadro di meningo-encefalite diffuso.

Infine negli ultimi 5 casi si trattava di sclerosi multipla.

L'utilità della puntura cerebrale è bene stabilita? Non se ne può fare e meno? Non esistono sufficienti sintomi che permettono di far la diagnosi senza di essa? Per Foerster in certe condizioni non si può trascurare se non si vuole concludere a caso; tali sono i casi nei quali tutti i sintomi clinici e le indagini di laboratorio (puntura lombare, Wassermann, del sangue e del liquido cefalo-rachidiano, etc.) sono d'accordo per dimostrare una affezione sifilitica dell'asse cerebero-spinale e nei qnali si ignora se alla tabe esistente si sia sovrapposta una meningo- encefalite diffusa oppure se si tratti semplicemente d'un processo di sclerosi non specifica.

Lucangeli G. Cogoleto. L. — *Contributo clinico ed istopatologico allo studio dei disturbi nervosi e mentali in uremici.* « Rasseg. studi Psichiat: », (vol. II, fasc. V, 1912).

In questa nota preventiva sono esposti i risultati dell'esame clinico e anatomo-patologico di tre casi di urenia con disturbi nervosi e mentali.

1. — Individuo colpito da ictus apoplettiforme con sintomi simulanti una emorragia capsulare, seguiti da un transitorio miglioramento. A l' esame delle urine, diagnosi clinica di nefrite purulenta: successivamente coma e morte. A l'autopsia cistite purulenta gangrenosa e pielite gangrenosa bilaterale. Istologicamente nella corteccia cerebrale, tigrolisi e vacuolizzazione delle cellule nervose con numerosi granuli di pigmento, accumuli abbondanti di sostanze di decomposizione nei vasi sanguigni, nelle guaine linfatiche perivascolari e nella pia.

2. — Bevitore già affetto di malaria: soffriva da tre anni di nefrite cronica: psichicamente presentava periodi di eccitamento con agitazione ed insonnia sintomi demenziali con errori percettivi e idee deliranti strane di persecuzione e di gelosia. A l'autopsia nefrite cronica con degenerazione critica parziale. Istologicamente nella corteccia cerebrale fenomeni di picnosi e di tigrolisi delle cellule nervose con abbondanti depositi di pigmento e lesioni non gravi del reticolo neurofibrillare; proliferazione delle cellule di nevroglia, vasi sanguigni tortuosi e ispessiti, accumuli di sostanze di disgregazione e anche di elementi linfocitari nelle cellule nervose, nell' interno dei vasi e delle guaine linfatiche e nella pia.

3. — Individuo già affetto da sintomi gastrici simulanti una ipercloridria, presenta all'inizio vomiti con ipocloridria, stato soporoso e, dal lato nervoso, fenomeni che fanno sospettare una nevrosi isteroide; esame delle urine negativo. Successivamente urine scarse, di elevato peso specifico, albuminuriche; diagnosi di nefrite cronica, cura appropriata, miglioramento e uscita spontanea dall'ospedale (S. Spirito in Sassia di Roma). Nuova ammissione con aggravamento progressivo dei sintomi, coma e morte. A l'autopsia nefrite cronica parenchimatosa ed enterolite acuta uramica. A l'esame istologico del sistema nervoso rigonfiamento omogeneo e torbido delle cellule ganglionari, talvolta anche liquefazione, con notevoli alterazioni del reticolo neurofibrillare, presenza di pigmento e di prodotti di disintegrazione: inoltre infiltrazioue linfocitaria, sopratutto nell' interno dei vasi.

Paisseau G. — *Fenomeni psichici nella menengite cerebro-spinale.* « Pédiatrie » 25 sept. 1912 n. 9, pag. 129.

Queste complicazioni sono frequenti: Voisin le nota 12 volte sopra 65 ammalati guariti. Theronde il 50 per 100 di casi, Clas il 40 per 100 nelle sue osservazioni.

Tale frequenza è verosimilmente in rapporto all' aumento del numero delle guarigioni delle menengiti sotto l'influenza del trattamento sieroterapico.

Questi accidenti variano soprattutto nellà loro intensità: si osservano tutti i gradi intermedi fra i disturbi nelle forme lievi, che un'osservazione continua ed attenta del ragazzo o un'interrogatorio minuto dei genitori permettono solo di rile-

vare, e le manifestazioni impressionanti che allarmano le persone che lo avvicinano. Al contrario in ciò che concerne la natura di tali accidenti esistono dei caratteri comuni che permettono di stabilire un quadro di insieme.

Questi sono in generale i disturbi del carattere che attirano l' attenzione. Nel corso della convalescenza, più spesso ancora dopo una guarigione in apparenza completa si assiste ad una trasformazione spesso sensibilissima nel carattere del fanciullo: un soggetto sino ad allora docile e dolce diventa irritabile, brutale, cattivo e sopratutto insopportabile: ha delle crisi di collera di una violenza eccessiva per futili motivi, e con una frequenza non abituale.

Crisi di eccitamento sorgono spontaneamente: i ragazzi diventano divagati e commettono atti incoerenti per ritornare bruscamente al loro stato abituale.

Questi accidenti si verificano di preferenza nel sonno che è agitato, ma sopratutto tramezzato da fantasmi di una violenza estrema accompagnato da grida e gesti.

D'altra parte sono i fenomeni di depressione che prevalgono. Il piccolo ammalato diventa pauroso all'esagerazione, di una timidezza morbosa, apatico, e rilasciato. Tali bimbi cercano la solitudine, il silenzio e diventano indifferenti a tutto ciò che li affanna.

L'intelligenza viene meno a soffrirne: in certi casi l'intelligenza sembra più attiva, la memoria migliore, l'attitudine al lavoro aumentata; l'autore ha visto dei bimbi lavorare in un modo esagerato, e ciò costituisce lo stato morboso.

Ma talvolta esiste intanto una deficienza intellettuale evidente che va sino al torpore cerebrale ed all'ebetismo.

Frequentemente si presentano delle cefalalgie per accessi parossistici, frequenti e regolarmente ripetute.

Questi segni alle volte si riscontrano nelle psicosi da infezioni ed altre volte nelle psicosi per lesioni cerebrali.

Essi intanto possono persistere ed aggravarsi, perciò è necessario essere molto riservati nell'emettere la prognosi (V o i s i n).

La misura profilattica più efficace consiste nell'eseguire subito e con molto vigore la cura sieroterapica. Si proibirà ad essi, passata la convalescenza, ogni lavoro intellettuale (veglie, lavoro, letture prolungate e difficili, l' alcool, il tabacco ecc).

Scomparsi i sintomi sopradetti si ricorrerà alla cura coi bromuri e coll'idroterapia.

Li.

G a t t i L. — *Di una associazione istero-organica.* Dalla « Gazzetta degli Osp. e delle Clin. » del 6 aprile 1913, n. 41.

L'A. presenta un'ammalata che dall' inizio delle sue mestruazioni, presentò una cefalea, con tutti i caratteri della cosidetta cefalea degli adolescenti. Ma la sua durata eccessiva e la sua intensità, indussero nel sospetto che si trattasse

bensì d'una cefalea degli adolescenti, ma ingrandita e continuata per auto-suggestione. Sottoposta l'ammalata ad una seduta psicoterapica alla Babinski, il dolore scomparve in 48 ore: ormai sono passati tre mesi e si può parlare di guarigione definitiva.

L'A. accenna alla frequenza delle associazioni istero-organiche di tal genere, e conclude dimostrando che l'ultimo criterio per tracciare la linea di confine tra il campo organico e quello psichico, è dato dal criterio psicoterapico: la psicoterapia costituisce per noi un dato diagnostico importante, e per l'infermo la guarigione, o per lo meno la mitigazione delle sue sofferenze.

Meyer « Deut. Woch » n. 39, 1912. Si occupa dei mezzi di cura per l'insonnia. Egli era stato chiamato a curare un bambino di 7 anni, la di cui storia è presso a poco la seguente. Bambino unico; padre morto per paralisi; madre nervosa, parecchi casi di tubercolosi in famiglia; sempre debole, facilmente eccitabile; ebbe il morbillo senza complicazioni; da quel momento prese il vizio, che non ha voluto più correggere, di non dormire se è solo.

Dunque si tratta d'un bambino debole, nervoso, in cui è facile che comparisca l'insonnia; quando noi parliamo d'insonnia, dobbiamo prendere *cum grano salis*, in quanto che la mancanza di sonno per alcuni giorni di seguito, o per delle settimane, è proprio soltanto degli stati psichici; al contrario noi parliamo d'insonnia, anche allorquando si tratta di eliminazione in vario grado del sonno.

Il sonno!!; noi possiamo differenziarne due tipi; il sonno serale, il sonno mattutino, a seconda che il periodo più profondo del sonno accada nella prima, ovvero nella seconda metà della notte.

La prima varietà di sonno si riscontra di regola nei bambini sani, mentre che il sonno mattutino, sarebbe piuttosto la forma che è propria dell'adulto normale: naturalmente, una netta differenziazione non è ammissibile, e secondo le abitudini esistono parecchi stati di passaggio anche in uno stesso individuo.

Intanto ciò che può affermarsi è questo; che alterazioni del sonno come fatto isolato, sono poco ammissibili cause comuni, o sono gli strapazzi fisici, ovvero i processi infettivi, p. es. l'influenza preceduta anche da parecchio tempo. Alcune volte una equivalenza di stati psichici periodici, e si hanno anche qui le insonnie periodiche.

Nella gran maggioranza dei casi, oltre a queste cause comuni, possono essere fatti fondamentali veramente patogeni.

Nei bambini nervosi, non è raro che si abbiano solo per questo interruzioni brusche del sonno; altra volta basta l'eccessiva nutrizione, per non conceder loro il riposo necessario.

Nei bambini accentuatamente nervosi, possono aversi stati di angoscia, in parte con allucinazioni, in parte con illusioni.

La cura è presto detta; correggere lo stato nevropatico costituzionale qualunque sia la condizione determinante. Alcune volte gl' irritanti molesti come gli oscuri, possono dare insonnia nei bambini.

Nell'adulto l' insonnia è bene spesso fenomeno conseguenziale di malattie organiche, specie malattie della pelle, ovvero malattie nervose dolorose come nevralgie, nevriti, tabi, sifilide.

Altra volta nell'adulto sono gli avvelenamenti, come il nicotismo e l'alcoolismo, e poi l'influenza ben nota del caffè e del the. La morfina stessa nel decorso del morfinismo, può alcune volte determinare insonnia: non parliamo qui delle costituzioni psicopatiche come l'isterismo o la nevrastenia. Altra volta sono i sogni agitati, come la nevrosità della vita quotidiana.

Dunque una infinita varietà di forme e di gradi causali sono patrimonio dell'insonnia.

La terapia può basarsi su d'una specie d'igiene del sonno, p. es. della camera da letto.

Si hanno ancora procedure idroterapiche; impacchi, calze umide, bagni parziali o variamente prolungati; tener conto nelle donne delle influenze mestruali.

L'ipnosi ove il curante sia abile, così l'elettroterapia può essere utile.

Fra i medicamenti tengono un buon posto i preparati di valeriana, e qualche volta per insegnamento empirico il piramidone e l'aspirina; questa alla dose di 0,5, l'altro alla dose di 0,2, 0.30.

Sono classici finalmente i sali di bromuro, come modificatori della ipereccitabilità nervosa.

Gli ipnotici funzionano benissimo come soccorso sintomatico e d'urgenza, ma essi non debbono mai farci dimenticare, come l'insonnia sia un sintomo.

La morfina, l'antico amico del sonno per iniezioni ipodermiche, presenta il grande inconveniente della facile abitudine.

Il cloralio molto attivo, dev'essere sostituito dove si tema un'azione polmonare, dove esista arteriosclerosi, come pure nelle psicosi sintomatiche. In suo luogo può darsi la paraldeide alla dose di 3-5 grammi in una limonata di lamponi; l'idrato d'amilene da 2 a 3 grammi.

Il dormiolo in capsule 2 o 3 di un mezzo grammo l'una; l'isoprale, il trional ed il solfonal da 1 a 2 grammi: l'azione di questi ultimi è buona, però possono determinare ematoporfimuria, specialmente quando preesisteva o morfinismo, o lesione renale.

Migliore di tutti questi rimedi è il veronal, sprovvisto della maggior parte degli inconvenienti degli altri ipnotici; esso a dosi che vadano da mezzo ad un grammo, agisce abbastanza rapidamente, circa un'ora di tempo; possiede anche il vantaggio di sciogliersi bene in bevande calde.

Anche più felicemente agirebbe il medinal, il quale non sarebbe altro che

il sale sodico del veronal, sebbene si debba riconoscere che il veronal si mantiene molto più attivo.

Si sono anche aggiunti l'edonal ed il codeonal. In quest'ultimi tempi è stata proposta l'adalina, la quale è un poco più debole del veronal e del medinal, ma è molto utile nell'insonnia determinata dalle nevrosi funzionali ed altri leggeri disturbi. Sono sorti poi l'hypnal, il malonal, la necronaetina, l'opanal, ed in questi ultimi tempi il luminal, nelle comunicazioni relative, tale rimedio viene molto caldamente raccomandato; esso è bene applicabile anche per via sottocutanea, ovvero in forma di suppositorio.

Veniamo ora ad alcune considerazioni di natura generale; qualunque sia l'ipnotico che si vuole usare, l'esperienza ha insegnato che è bene variare, perchè facilmente accade l'assuefazione.

Occorre variare e dare, p. es., una sera il veronal, un'altra il dormiolo, una terza il codeonal; si raggiunge un effetto più certo, si evitano più facilmente i danni propri dei narcotici. È pure raccomandabile il metodo di diminuire di volta in volta di un poco la dose, per evitare l'assuefazione, e giungere possibilmente alla eliminazione del rimedio.

L'esperienza ha pure insegnato che è esatta l'osservazione di Burgi, di somministrare la dose non in una sola volta, ma in due, alla distanza da un quarto a mezz'ora; l'azione è molto più intensa.

Altro fatto affermato da antico tempo e confermato dall'esperienza successiva, è quello, che la somma di due narcotici, possiede un'azione superiore a quella corrispondente all'uno o all'altro dei due rimedi sommati.

Le combinazioni poi che meglio hanno mostrato di corrispondere, sarebbero quelle dell'idrato di cloralio con la morfina; del veronal con la codeina; fatto di molto interesse pratico e bene stabilito da Burgi su basi sperimentali. Il potenziale della risultante narcotica sarebbe di tanto più accentuata, per quanto più sono diversi i punti d'inizio di attività per i singoli componenti; e si è constatato ancora come quantità farmacologicamente molto piccole, possono esplicare energici effetti, quando vengono aggiunti a notevoli quantità di altri medicamenti diversi.

Mircoli.

Ronco G. — *Contributo alla teoria degenerativa della demenza precoce.* Il Morgagni, « Archivio », n. 1, 1911.

È noto come la demenza precoce sia più frequente a verificarsi negl'individui appartenenti a classi sociali inferiori; nel ceto alto, dove dominano piuttosto le forme varie dell'isteria, della paranoia, ecc., la psicosi giovanile si riscontra di rado, e spesso soltanto nei soggetti a gentilizio gravemente compromesso.

La ragione di questo fatto deve principalmente ricercarsi nelle diverse condizioni di vita fisica e psichica delle due classi, e più specialmente in taluni fat-

tori di particolare morbilità che colpiscono direttamente o indirettamente i soggetti medesimi.

Esistono infatti malattie e intossicazioni speciali, che, oltre a ledere un organismo, esplicano pure una funesta influenza su la discendenza. La sifilide, l'alcoolismo, la pellagra, le alterazioni tiroidee, ecc., sono processi morbosi che rientrano appunto nel gruppo delle malattie che si possono chiamare degenerative. E la degenerazione, in patologia mentale, lumeggia oggidì numerosi problemi, che fino a pochi anni or sono stavano avvolti nelle tenebre.

Così, per una schiera abbastanza numerosa di valenti alienisti, la demenza primitiva sarebbe principalmente un portato della degenerazione familiare. L'A., senza volere entrare nel dibattito, ma impressionato del frequente verificarsi della demenza precoce nei figli dei pellagrosi, ha pensato di portare un modesto contributo ad una delle teorie dominanti.

Dall'esposizione critica di 27 storie cliniche di malate affette da demenza primitiva, si possono trarre le seguenti conclusioni in favore dell'ipotesi degenerativa della demenza precoce:

1. — Le psicosi che si sviluppano in un terreno degenerato, ereditato od acquisito, portano sempre un'impronta speciale, e si svolgono in seguito a cause insignificanti, e sono spesso causa di psicosi più gravi nei discendenti.

2. — La pellagra è una malattia che turba l'evoluzione normale degli organismi e ne determina una grande debilitazione, specie a carico del sistema nervoso; se negl'intossicati non si avranno grandi psicopatie, queste potranno verificarsi nei discendenti.

3. — La demenza precoce è molto frequente nelle campagne, e la pellagra, essendo esponente di degenerazione fisio-psichica, contribuisce in gran parte a dare la grande schiera non solo dei gozzuti e dei frenastenici, ma anche dei dementi precoci.

4. — Pur ammettendosi che la demenza precoce sia, sotto un certo riguardo, una malattia del ricambio materiale, principalmente in rapporto con i processi sessuali, è ovvio osservare nei discendenti dei pellagrosi un'alterazione del ricambio organico fin dalla prima età, per cui, date certe cause che per ora sfuggono all'indagine clinica, non è improbabile che, ulteriormente, si verifichino anomalie funzionali e arresti di sviluppo del sistema nervoso.

5. — Per queste considerazioni, la demenza precoce nei discendenti dei pellagrosi, acquista il significato d'una psicosi degenerativa.

T. Senise.

Polvani F. — *Un caso di demenza precoce ebefreno-catatonica in una acromegalica.* « Auto riassunti », vol. X, n. 11, pag. 689.

L' A. descrive minutamente un interessante caso di demenza precoce ebefreno-catatonica in una ragazza di 18 anni, che contemporaneamente presentava una sindrome acromegalica. I disturbi inerenti alla acromegalia insorsero all'età di circa 14 anni ed ebbero una remissione collo stabilirsi delle funzioni mestruali; successivamente queste si abolirono e allora le deformazioni acromegaliche ebbero una nuova spinta: contemporaneamente si iniziarono i fenomeni demenziali. Tanto la sintomatologia psichica, quanto la acromegalia avevano delle remissioni quando si stabilivano le mestruazioni.

L'A. discute minutamente il caso clinico dal punto di vista diagnostico, passa ad esaminare la scarsa bibliografia sull'argomento, ed in particolare modo gli altri casi di acromegalia e disturbi psichici; distingue la sindrome psichica degli acromegalici presentanti tumore ipofisario da quelli che non hanno neoplasia endocranica alla quale possono essere riferiti i disturbi mentali.

Dall'esame anamnestico e funzionale del caso che egli riporta, conclude che ad aprire la scena nella sua malata è stata l'alterazione della funzione ipofisaria che ha portato nel campo somatico l'acromegalia e nel campo fisiologico l' alterarsi della funzione di secrezione interna delle glandole sessuali, la quale variazione ha agito sopra un fondo psicopatico individuale, predisposto per grave tara ereditaria, determinando una sindrome demenziale ebefreno-catatonica. Nega la presenza di una psicosi acromagalica nel senso di Mikulski, ed ammette che questi rari casi debbano interpretarsi come una associazione morbosa.

Ad appoggio della interpretazione data al suo caso clinico l'A. infine passa ad esaminare e discutere i rapporti senza dubbio esistenti tra ipofisi e glandole sessuali, e nuovamente ritorna sul rapporto cronologico e di causalità già espresso tra alterazione ipofisaria, acromegalia e funzione sessuale. Questo caso clinico infine porta un contributo alla conoscenza dei rapporti tra ipofisi e ovaia e viene in appoggio alla teoria patogenetica di Kraepelin per il quale la demenza precoce e specialmente la forma ebefreno catatonica è dovuta alla mancanza di resistenza di speciali neuroni che degenerano in seguito alle gravi perturbazioni biochimiche che l'alterarsi della secrezione interna delle glandole sessuali apporta in tutto il ricambio materiale.

Siccome, normalmente (cioè: iniettando siero di sangue di individuo normale e successivamente liquido cefalo-rachidiano dello stesso individuo) la reazione anafilattica non avviene; nel caso di iniezione di siero e liquido cefalo-rachidiano, un risultato positivo avrebbe potuto dimostrare per l'appunto che tanto nel siero come nel liquido cefalo-rachidiano esiste un medesimo principio che non è contenuto in altri sieri normali (non epilettici).

In base a questi concetti e sulla scorta di tali considerazioni che dovrebbero apparir logiche iniziai le mie esperienze.

Volendo sintetizzare sul risultato avuto dalle mie esperienze dovrei dunque concludere col dire: che dopo una serie d'esperienze fatte su diversi lotti di cavie si è dimostrato chiaramente a differenza dei controlli che gli animali sottoposti all'iniezione ipodurale di siero di sangue epilettico seguita a distanza di 8, 10, 12 giorni da iniezione ipodurale di liquido cefalo-rachidiano dallo stesso malato presentano fenomeni di anafilassia che si svelano mediante tremore, convulsioni, ipotermia e talora morte dell'animale.

Lo stesso fenomeno si verifica invertendo l'ordine di esperienza e cioè, preparando l'animale con liquido cefalo-rachidiano e trattandolo successivamente con siero di sangue.

Duprè Ernest. — *Les perversions instintives.* « Rev. Neurologique », a. XX.

In questo lavoro l'A. analizza le perversioni dell'istinto di conservazione, dell'istinto di riproduzione, dell'istinto di associazione.

All'istinto di conservazione associa la nutrizione, l'istinto di proprietà, considerando in quella l'istinto della fame e della sete in tutte le loro anomalie, comprese le tossicomanie, in questa l'istinto del risparmio, della prodigalità, dell'avarizia e iniquità, della passione del giuoco.

L'istinto della conservazione comprende anche il sentimento della personalità, di cui si può avere una perversione per difetto o per eccesso.

Quindi passa a considerare l'istinto della riproduzione, come il più potente eccitatore dell'attività animale: distingue l'erotismo nelle sue diverse gradazioni, fino all'impulsività, ed enumera le più importanti perversioni dell'istinto sessuale; quali l'inversione sessuale, la bestialità, il vampirismo, il sadismo, il masochismo, il feticismo.

Analizza quindi l'istinto di associazione, di sociabilità, che dipende a sua volta dall'istinto di simpatia, mercè il quale l'uomo si sente attirato verso il suo simile.

Prima manifestazione elementare dell'istinto di sociabilità sarebbe l'istinto d'imitazione. L'istinto di simpatia può anch'esso essere esagerato, insufficiente, invertito.

Passa quindi ad esaminare tutti i crimini commessi dai perversi di questo istinto.

L'A. continuando la sua analisi psicologica passa a trattare degli altri elementi morbosi dell'attività psichica che associandosi alla perversione degli istinti esercitano un'influenza considerevole nel determinismo della condotta morbosa, e quindi parla delle associazioni patologiche con le diverse affezioni psichiche. Fa

notare le difficoltà che s'incontrano nella classifica nosologica delle diverse forme di perversità e termina la sua importante esposizione analitica con opportune considerazioni d'indole terapeutica e medico-legale.

Lupi C. — *Un probabile caso di « doppia coscienza » in un testimone ad un celebre processo,* « Guglielmo da Soliecho », n. 7. 1912.

L'A. dopo aver spiegato cosa s'intende in psicopatologia per doppia coscienza, racconta il caso di un elettricista, già ricoverato nel Manicomio di Bologna, il quale, nello stato secondo o straordinario, si presentò come testimone in un celebre processo e che dopo essere rientrato nella fase ordinaria, attraverso una breve degenza nel Manicomio di Piacenza, nulla più ricordava del viaggio fatto a T. e della sua deposizione avanti quella Corte d'Assise. Il fatto della doppia coscienza in determinati soggetti evidentemente psicopatici ha notevole importanza anche sotto il punto di vista medico legale.

Ciccarelli F. — *Contributo allo studio delle psicosi nevralgiche.* « Rassegna di Studi Psichiatrici », fasc. 4, 1912.

L'A. riferisce su due casi clinici con disturbi mentali, caratterizzati da idee deliranti di rovina, tentativi di suicidio e d'omicidio, impulsi violenti, i quali si erano manifestati nel primo caso in seguito ad una nevralgia sopraorbitaria, nel secondo caso in seguito ad una ischialgia. La durata dei disturbi mentali cessò dopo terminate le suddette nevralgie.

L'A. esclude la natura epilettica di questa psicosi e le ritiene strettamente connesse alla forma nevralgica, confermando così la teoria di Mingazzini e Pacetti, i quali ammettono l'esistenza di psicosi nevralgiche pure.

Le differenti specie dei dolori psicopatici. — XXI Congresso dei medici alienisti e nevrologi francesi, « Policlinico », fasc. 42, 1911, pag. 1334.

L'oratore distingue tali dolori, in base al loro determinismo, in quattro categorie, corrispondenti a sindromi mentali nosologicamente diverse:

a) *Dolori allucinatori.* — Essi dipendono non da un disturbo della cenestesi, ma da una alterazione delle diverse sensibilità; lo stato penoso della cenestesi (sofferenza leggiera o vivo dolore) che segue alla allucinazione è da questa perfettamente giustificata. Accade perciò che i malati, conoscendo l'origine del dolore, risentano quest'ultimo in maniera perfettamente analoga al do-

lore dei soggetti normali. Questa categoria di dolori si osserva essenzialmente nelle forme tossiche. nei deliri sistematizzati allucinatorî, in alcuni stati demenziali.

b) *Dolori pitiatici.* — Il meccanismo che dà origine a tali dolori è assai differente da quello dei precedenti. Si tratta qui di fenomeni di autosuggestione, i quali hanno un certo riscontro in quanto si rileva sovente in soggetti normali; è noto infatti che noi risentiamo i dolori tanto più intensamente quanto più ad essi rivolgiamo la nostra attenzione. Sembra però che all'autosuggestione, oltre che l'esagerazione dell'attenzione, necessiti anche un fenomeno di ordine emotivo assai spiccato, quantunque più o meno cosciente, il quale si traduce iu un vago sentimento di paura o di desiderio. Il desiderio del dolore, fatto che potrebbe sembrare a prima vista inammissibile, esiste tuttavia in modo indubbio in alcuni isterici classici ed in non rari infortunati sul lavoro; e viene spiegato dall'anormale bisogno di attirare l'attenzione dell'ambiente, o dalla speranza di una indennità. Nel gruppo dei dolori pitiatici rientrano quelli che Brissand chiamò « dolori di abitudine », i quali si presentano o a data fissa (giorno, ora precisa) e senza alcuna apprezzabile causa esteriore, oppure ad un momento qualsiasi, ma sempre sotto l'influenza apparente di una circostanza invariabile, ma manifestamente insignificante. Carattere dei dolori pitiatici è anzitutto l'esagerazione e la discordanza delle reazioni; ma inoltre guideranno alla diagnosi la variabilità dei fenomeni, il modo di apparire e di evolvere dei fenomeni stessi, la accessibilità del soggetto alle suggestioni, la scarsa importanza delle lesioni organiche eui i dolori vengono attribuiti.

c) *Dolori paranoici.* — Essi sono essenzialmente determinati da interpretazioni deliranti; anzi, in genere, non sono veri dolori, ma semplici sensazioni, le quali diventano dolorose per effetto del disturbo mentale. Qui l'introspezione somatica, l'interpretazione delle sensazioni interne, induce il paziente a considerare come patologica una serie di banali sensazioni abituali: fatica, difficile digestione, formicolii, ecc. Anche qui si produce, in fondo, come nei disturbi pitiatici, un fenomeno di autosuggestione; ma questa è determinata da uno stato mentale completamente diverso, ha radici assai profonde, e non cede affatto alla persuasione. Questi dolori si riscontrano specialmente nei casi di delirio ipocondriaco; ma ne esistono accenni in soggetti non alienati, ma solo eccessivamente impressionabili; l'O. parla addirittura di piccoli paranoici (analogamente ai piccoli ciclotimici, piccoli ossessionati, ecc.), comprendendo in questa categoria i soggetti che vivono in perfetta inquietudine intorno alla propria salute, popolano i luoghi di cure, vanno da un chirurgo all'altro fino a trovarne uno il quale consenta ad operarli di un supposto tumore.

d) *Dolori cenestesiopatici.* — Si tratta di soggetti i quali si presentano a nevrologi e a psichiatri, accusando in differenti regioni del corpo sensazioni anormali, non di rado veramente dolorose, ma sempre penose e strane, la cui

natura insolita li inquieta, la cui persistenza li turba. Sembra agli infermi di avvertire che singole parti del loro corpo sono modificate nella densità, nel volume, nella forma, nei rapporti. Un attributo importante di queste sensazioni patologiche è rappresentato dalla loro persistenza e fissità.

Si tratta, come innanzi abbiamo accennato, piuttosto che di dolori, di sensazioni strane e angosciose, non corrispondenti a fenomeni sensitivi normali, sicchè l'infermo, nel tentare di descriverli, impiega ogni sorta di espressioni, di paragoni, di immagini. Si tratta di un disturbo essenziale della cenestesi, il quale, nei casi puri, non si accompagna ad alterazioni psichiche. Tuttavia esso dà luogo talora a reazioni che, per la loro gravità, possono sembrare morbose (suicidio), quantunque esse siano in parte legittimate dalle tristi condizioni di esistenza degli infermi; altre volte si notano tentativi di interpretazione, accenni di idee deliranti, e talora anche di veri e propri deliri.

Questa classificazione è — continua l'O. — ben lungi dall'essere perfetta. Non bisogna dimenticare che, in patologia ancor più che in biologia, sono frequenti le forme di transizione; molti casi di dolore potranno venire ascritti a categorie diverse, a seconda della tendenza personale dell'osservatore; in altri casi possono coesistere nello stesso soggetto elementi causali di vari gruppi.

Analizzando minutamente i dolori innanzi descritti, l'O. conclude che in realtà solo i dolori pitiatici e paranoici dovrebbero venir considerati come dolori psicopatici, giacchè essi soli hanno veramente un'origine psichica (esista o no una lesione organica). I dolori allucinatori, al contrario, sono la conseguenza obbligata della allucinazione, sicchè questa, e non il dolore rappresenta il fatto psicopatico. I dolori cenestesiopatici meritano ancor meno la denominazione di disturbo psichico; essi appaiono invece come legati allo squilibrio, congenito od acquisito, di uno speciale apparecchio nervoso, analogamente a quanto si ha per alcuni fenomeni motori (tremore).

E. Riva. — *L'idiota microcefalo Battista.* « Rivista Sperimentale di Freniatria » di Reggio Emilia, del 31 marzo 1912, vol. XXXIX, fasc. 1, pag. 175.

L'A. continuando il suo studio sul microcefalo Battista fa un dettagliato esame anatomo-patologico del cranio e del cervello ad espone in fine le seguenti conclusioni:

1. — Esiste realmente una microcefalia pura d'alto grado, che riconosce come causa genetica unica e necessaria la degenerazione, che agisce direttamente sull'uovo diminuendo, in modo diverso in ogni singolo caso, la *vis evolutiva.*

2. — Essa quindi, come ogni altro fatto degenerativo, consiste essenzialmente in uno arresto di sviluppo che ha colpito originariamente il sistema nervoso centrale e che, essendo ereditario, non è assolutamente legato a lesioni o impurità morbose, nè macroscopiche, nè microscopiche.

3. — Le disposizioni anomale che si riscontrano nel cervello dei microcefali puri d'alto grado, siano esse strutture embrionali transitorie o riapparizioni di strutture esistenti solo nella filogenesi e cancellate nell'ontogenesi, *dipendono indistintamente dall'arresto di sviluppo* che ha impedito al cervello di percorrere in modo completo e normale la sua evoluzione. E poichè *l'arresto di sviluppo ereditario s'identifica sempre coll'atavismo,* ne viene di conseguenza che le anomalie della microcefalia pura *devono essere considerate come altrettanti ricordi atavici.*

Forli V. — *Sulle psicosi mestruali,* « Konig. Berliner Kl. Wocheuschr », 1912 n. 35. « Policlinico ». Sezione pratica, fasc. 17, pag. 602, anno 1913.

L'A. accetta le idee svolte intorno a questo argomento dal Krafft Ebing nei suoi due noti lavori del 1878 e del 1902: ammette cioè la esistenza di psicosi mestruali, svolgentisi ora su fondo isterico o epilettico, ora invece su di una predisposizione psicopatica di indole assai più generale. Tali psicosi sogliono essere recidivanti o periodiche, talora però si esauriscono in un unico accesso; possono aver esito in guarigione o svolgersi come psicosi cronica inguaribile.

L'A. non ignora come al concetto delle psicosi mestruali siano state mosse molte critiche, negandosi da molti autori che si tratti di una vera entità clinica; e ammettendosi invece che si abbia a che fare con casi appartenenti a forme morbose assai diverse (isteria, epilessia, demenza precoce, frenosi maniaco-depressiva). A tutte queste critiche, che vennero riassunte in un recente lavoro di Haeffner e a cui indubbiamente moltissimi psichiatri si associano, l'A. crede di poter rispondere vittoriosamente.

A conferma delle sue idee l'A. descrive un caso che egli considera come tipico della psicosi mestruale.

Si tratta di una donna di 38 anni alla quale, nel 1903, fu praticata in una clinica ginecologica l'estirpazione di entrambe le ovaie. Immediatamente dopo l'operazione la donna notò modificazioni nel suo stato psichico (irritabilità, smemoratezza), le quali però scomparvero col tempo. Inoltre, mentre prima le mestruazioni non erano accompagnate da alcuna alterazione psichica, dopo l'operazioue la paziente cadeva, ad ogni epoca mestruale, in uno stato di depressione che durava parecchi giorni. Malgrado l'operazione i *menses* comparivano regolarmente quantunque assai scarsi; un fatto questo non inverosimile, essendo già stata da vari autori segnalata una tale possibilità.

Dragotti. — *La patogenesi della presbiofrenia.* « Dide Cassiot. Revue neurologique » genn, 1912 Policlinico sez. pratica fasc. 17, pag. 602, anno 1912.

La presbiofrenia è caratterizzata da amnesia continua, disorientamento allopsichico senza disorientamento auto-psichico, favoleggiamento con illusioni di falso riconoscimento, relativa integrità dell'intelligenza.

Il sintomo essenziale è costituito dalla mancata fissazione delle immagini nuove, ossia dell'amnesia di fissazione: tutti gli altri sintomi sono una diretta conseguenza di questo disturbo.

Le teorie finora emesse per spiegare tale sindrome sono quattro:

1. — Essa è una modalità della demenza senile.

2. — È una varietà della psicosi polineoritica.

3. — È dovuta ad una insufficienza epato-renale, che produce uno stato confusionale, che si aggiunge ai disturbi della senilità e della arteriosclerosi.

4. — È dovuta unicamente ad una insufficienza del lobo occipitale.

La presbiofrenia non può ritenersi una varietà della demenza senile, perchè la decadenza massiva della mente, che è il disturbo essenziale di questa forma, manca ordinariamente nella presbiofrenia, che del resto è stata constatata anche in individui di quaranta anni. Nè può ritenersi che la presbiofrenia sia una varieta della psicosi polinevritica, perchè essa nella maggior parte dei casi non è accompagnata da polinevrite.

Gli autori sulla base di osservazioni dirette sostengono che, a parte la causa, che determina l'alterazione cerebrale, e che potrebbe anche essere legata ad una lesione epato-renale, la presbiofrenia sia dovuta ad una insufficienza funzionale del lobo occipitale.

Kopezynshi e F. Iaroszynshi. — *Contribution à l'étude du pithiatisme.* « Nouvelle Iconographie de la Salpêtriere », 1910.

Gli AA. hanno compiuto degli esperimenti su un individuo affetto da grave isterismo per portare un contributo alla questione se i disordini vaso-motori circolatori e trofici appartengano o no all'isteria.

Così mentre in una esperienza suggestiva fecero apparire delle bolle cutanee. in altre successive con speciale controllo i fatti cutanei non apparvero più. Ugualmente l'influenza suggestiva ebbe effetto quasi nulla in altri esperimenti onde provocare l'acceleramento de' battiti cardiaci, ipertermia, l'iperidrosi, la poliuria. Negli stati emotivi il polso non si modificava, onde gli AA. ritengono che la mimica dell'emozione sia eseguita artificialmente, sia simulata e non sentita.

Gli A.A. concludono che la suggestione non ha alcuna influenza sui disor-

dini circolatori, trofici e termici, per modo che se si ammette la definizione dell'isteria. data dal *Babinski,* che cioè tutti i fenomeni isterici hanno la proprietà del pitiatismo. ossia che colla suggestione possono essere riprodotti esattamente, si può sostenere che quei disordini non possono essere iscritti all'isteria.

La costatazione della simulazione, difficile a scoprirsi, fa supporre che abbia una parte importante se non esclusiva negli esperimenti degli altri autori; e che la concezione dei disordini trofici nell'isteria é stata fondata su fatti malamente osservati o malamente interpretati.

Persiani M. — *Errori di memoria. Osservazioni sperimentali di Psicologia Giudiziaria.*

Furono invitati 14 studenti di Legge della Scuola di Medicina Legale della R. Università di Roma, ad osservare per la durata di un minuto un quadro rappresentante un incendio, e le relative operazioni di salvataggio esposto dalla cattedra. Richiesti senza preavviso in capo a tre giorni di narrare quello che avevano veduto, si ebbero 14 relazioni entro 6-12 minuti, nelle quali si trovarono i seguenti errori. Indeterminatezza in 11, inesattezza in 9, ommissioni generali (avevano mancate cioè intere scene) in tutti, e lo stesso vale per le ommissioni in particolare. Dati contrari al vero in 9; invenzioni in 3. La veridicità in 4 fu massima e in 7 minima.

Margaria G. — *Studio clinico statistico sugli attacchi paralitici nella paralisi generale progressiva.* « Annali di frenatria », vol. XX, n. 2.

L'A. ha iniziato una serie di « studi clinico statistici » sulla paralisi generale progressiva, valendosi delle storie cliniche di 500 ammalati circa di tal forma morbosa, deceduti nel Manicomio di Torino, nel decennio 1894-1903.

In un precedente « studio » egli ha ricercato i dati riguardanti l'etiologia, la durata e le cause di morte, venendo alle seguenti conclusioni:

1. — L'età d'inizio della paralisi generale progressiva, varia dai 20 ai 70 anni. La maggior frequenza si ha nel periodo compreso fra i 41 ai 45 anni (20,8 %), e in limiti più ampi, fra i 35 ai 50 (56,7 %).

2. — La paralisi generale progressiva si presenta, con maggior frequenza nell'uomo, che nella donna, e cioè nel rapporto di 1: 3,6.

3. — Le condizioni sociali influiscono poco sulla etiologia di questa malattia. Ammalano con maggior frequenza gli abitanti della città (83,8 %), in confronto a quelli della campagna (16,2 %).

D r a g o t t i. — *La patogenesi della presbiofrenia.* « Dide Cassiot. Revue neurologique » genn, 1912 Policlinico sez. pratica fasc. 17, pag. 602, anno 1912.

La presbiofrenia è caratterizzata da amnesia continua, disorientamento allopsichico senza disorientamento auto-psichico, favoleggiamento con illusioni di falso riconoscimento, relativa integrità dell'intelligenza.

Il sintomo essenziale è costituito dalla mancata fissazione delle immagini nuove, ossia dell'amnesia di fissazione: tutti gli altri sintomi sono una diretta conseguenza di questo disturbo.

Le teorie finora emesse per spiegare tale sindrome sono quattro:

1. — Essa è una modalità della demenza senile.

2. — È una varietà della psicosi polineoritica.

3. — È dovuta ad una insufficienza epato-renale, che produce uno stato confusionale, che si aggiunge ai disturbi della senilità e della arteriosclerosi.

4. — È dovuta unicamente ad una insufficienza del lobo occipitale.

La presbiofrenia non può ritenersi una varietà della demenza senile, perchè la decadenza massiva della mente, che è il disturbo essenziale di questa forma, manca ordinariamente nella presbiofrenia, che del resto è stata constatata anche in individui di quaranta anni. Nè può ritenersi che la presbiofrenia sia una varieta della psicosi polinevritica, perchè essa nella maggior parte dei casi non è accompagnata da polinevrite.

Gli autori sulla base di osservazioni dirette sostengono che, a parte la causa, che determina l'alterazione cerebrale, e che potrebbe anche essere legata ad una lesione epato-renale, la presbiofrenia sia dovuta ad una insufficienza funzionale del lobo occipitale.

K o p e z y n s h i e F. I a r o s z y n s h i. — *Contribution à l'étude du pithiatisme.* « Nouvelle Iconographie de la Salpêtriere », 1910.

Gli AA. hanno compiuto degli esperimenti su un individuo affetto da grave isterismo per portare un contributo alla questione se i disordini vaso-motori circolatori e trofici appartengano o no all'isteria.

Così mentre in una esperienza suggestiva fecero apparire delle bolle cutanee. in altre successive con speciale controllo i fatti cutanei non apparvero più. Ugualmente l'influenza suggestiva ebbe effetto quasi nulla in altri esperimenti onde provocare l'acceleramento de' battiti cardiaci, ipertermia, l'iperidrosi, la poliuria. Negli stati emotivi il polso non si modificava, onde gli AA. ritengono che la mimica dell'emozione sia eseguita artificialmente, sia simulata e non sentita.

Gli A.A. concludono che la suggestione non ha alcuna influenza sui disor-

dini circolatori, trofici e termici, per modo che se si ammette la definizione dell'isteria. data dal *Babinski,* che cioè tutti i fenomeni isterici hanno la proprietà del pitiatismo. ossia che colla suggestione possono essere riprodotti esattamente, si può sostenere che quei disordini non possono essere iscritti all'isteria.

La costatazione della simulazione, difficile a scoprirsi, fa supporre che abbia una parte importante se non esclusiva negli esperimenti degli altri autori; e che la concezione dei disordini trofici nell'isteria é stata fondata su fatti malamente osservati o malamente interpretati.

Persiani M. — *Errori di memoria. Osservazioni sperimentali di Psicologia Giudiziaria.*

Furono invitati 14 studenti di Legge della Scuola di Medicina Legale della R. Università di Roma, ad osservare per la durata di un minuto un quadro rappresentante un incendio, e le relative operazioni di salvataggio esposto dalla cattedra. Richiesti senza preavviso in capo a tre giorni di narrare quello che avevano veduto, si ebbero 14 relazioni entro 6-12 minuti, nelle quali si trovarono i seguenti errori. Indeterminatezza in 11, inesattezza in 9, ommissioni generali (avevano mancate cioè intere scene) in tutti, e lo stesso vale per le ommissioni in particolare. Dati contrari al vero in 9; invenzioni in 3. La veridicità in 4 fu massima e in 7 minima.

Margaria G. — *Studio clinico statistico sugli attacchi paralitici nella paralisi generale progressiva.* « Annali di frenatria », vol. XX, n. 2.

L'A. ha iniziato una serie di « studi clinico statistici » sulla paralisi generale progressiva, valendosi delle storie cliniche di 500 ammalati circa di tal forma morbosa, deceduti nel Manicomio di Torino, nel decennio 1894-1903.

In un precedente « studio » egli ha ricercato i dati riguardanti l'etiologia, la durata e le cause di morte, venendo alle seguenti conclusioni:

1. — L'età d'inizio della paralisi generale progressiva, varia dai 20 ai 70 anni. La maggior frequenza si ha nel periodo compreso fra i 41 ai 45 anni (20,8 %), e in limiti più ampi, fra i 35 ai 50 (56,7 %).

2. — La paralisi generale progressiva si presenta, con maggior frequenza nell'uomo, che nella donna, e cioè nel rapporto di 1: 3,6.

3. — Le condizioni sociali influiscono poco sulla etiologia di questa malattia. Ammalano con maggior frequenza gli abitanti della città (83,8 %), in confronto a quelli della campagna (16,2 %).

4. — L'alcoolismo è come fattore unico il più frequente (27,87° o); vien dopo la sifilide (11,40 °/o), in terzo posto le due cause riunite.

5. — La durata varia entro limiti abbastanza ampi, e va fino ai 10 anni. Il maggior numero dei paralitici progressivi, muore da 1 anno e mezzo a due anni.

6. — La causa di morte più frequente è il marasma (38,81 °/o) questo compreso, le affezioni croniche dovute alla paralisi progressiva, danno (68,18° o); vengono poi gli « ictus » (18,41°/o), e in ultimo le affezioni acute estranee alla malattia (13,50 °/o).

7. — L'età e la causa della malattia, hanno poca o nessuna influenza sulle cause di morte.

Nella pubblicazione in esame, l'A. si è occupato dei cosidetti *attacchi paralitici*, e cioè degli *accessi apoplettiformi*, ed accessi *epilettiformi*, ricercandone la frequenza nei vari stadi della malattia, in rapporto al sesso, alla causa della malattia, alla sua durata, ed alle cause di morte.

Non è venuto a conclusione, riservandosi di farlo, quando nei successivi studi avrà esteso le sue ricerche, ai *disturbi trofici*, al *comportamento dei riflessi* ed ai *disturbi psichici*.

Autoriassunto.

Contributo alla conoscenza della paralisi progressiva familiare. « Policlinico » (parte pratica), fasc. 42 del 13 ottobre 1912.

Mentre è frequente il caso che ambi i coniugi siano sifilitici, sia perchè uno di essi contamina l'altro, sia perchè (fatto assai più raro entrambi avevano, prima del matrimonio, contratto la lues, non accade invece assai spesso di vedere due coniugi ammalare per paralisi progressiva. Addirittura rarissimo è poi il caso che, oltre ai coniugi, la paralisi progressiva colpisca anche il figlio (forma giovanile), concepito prima che nei genitori si sviluppasse la suddetta malattia. Un esempio di tale evenienza rarissima, fu comunicato alla Società Psichiatrica di Parigi nel 1910; l'A. ne riporta qui un altro che riassumiamo brevemente.

Il padre fu internato nel manicomio il 16 ottobre 1907, con sintomi di taboparalisi avanzata; morì nel gennaio 1908, e l'autopsia confermò la diagnosi. La madre fu condotta al manicomio il 4 ottobre 1910, ed è ancora ivi degente, presentando il quadro netto della paralisi progressiva, forma agitata. Il figlio fu internato del pari al manicomio il 5 ottobre 1910; esisteva in lui un fondo di deficienza mentale congenita sul quale si sviluppò una sindrome demenziale rapidamente progressiva, accompagnata da gravi sintomi somatici; fu stabilita clinicamente la diagnosi di paralisi progressiva, diagnosi che, alla morte del paziente, avvenuta il 6 gennaio 1911, venne confermata dall'esame anatomopatologico macro e microscopico.

(Perbrodt. « Deutsche med. Wochenschr. », 1912-11-14). *V. F.*

Schrottenbach H. — *Significato fisio-patologico degli accessi e dei delirï nella paralisi progressiva.* « Monattsschr. f. Psych » u. n. 1912, XXXI, p. 250. « Zischr f. d. ges. Neur », Ref: 14 sept., p. 935).

L'autòre a documentare la proporzione dei leucociti nel sangue durante gli accessi di paralisi e nei giorni seguenti cita 10 casi nei quali ha constatato negli accessi e nel delirio paralitico una leucocitosi (qualche volta sino a 30,000). Si tratta sopratutto di un considerevole aumento dei leucociti basofili polinucleari, mentre non ha trovato che pochissimi linfociti, e che il numero delle cellule acidofili è presso a poco uguale al normale.

Negli accessi apoplettiformi si rinviene sempre un numero di leucociti più elevato che negli accessi epilettiformi, ed in questi ultimi più elevato che nei deliri paralitici di breve durata e più grave d'intensità. Al contrario nei deliri a forma acuta ed andamento prolungato e d'intensità eccessiva è presso a poco lo stesso che negli accessi epilettiformi.

Nella maggior parte dei casi le oscillazioni della leucocitosi seguono un'andamento parallelo alle esacerbazioni ed alle rimissioni del quadro sintomatico. Ma il grado della leucocitosi è al contrario indipendente dalla temperatura del corpo. Queste fluttuazioni leucocitarie, secondo una regola fissa, confermono l'ipotesi di una causa tossica o infettiva (qualunque sia di carattere endogeno o esogeno) come fattore etiologico di tali stati morbosi. La leucocitosi costituisce adunque, abitualmente, un processo di difesa.

Fischer O. -- *Sulle probabilità di una modificazione del corso della paralisi progressiva per mezzo della terapia*, pag. 482-493.

L'A. riferisce alcuni casi di paralisi progressiva che sono notevolmente migliorati con iniezioni sottocutanee di acido nucleinico. La mancanza di miglioramenti in altri casi, serbati come controllo, dimostra non essere possibile trattarsi di semplici remissioni occasionali. L'acido nucleinico esplica la sua azione per mezzo della febbre, e della leucocitosi che provoca, le quali favoriscono l'ossidazione delle tossine provocanti la malattia.

Questo modo di vedere di Fischer non corrisponde al pensiero di Loewenstein, il quale ha sperimentato l'acido nucleinico in 13 paralitici, dei quali 11 non ricavarono alcun beneficio, e due ebbero un miglioramento, che già erasi iniziato prima della cura. Conclude questo A. per la nessuna efficacia del mezzo terapeutico, accordandosi così con le conclusioni di Klieneberger, il quale pure ebbe esito negativo in 15 paralitici curati con nucleinato sodico. *V.*

NOTE E DISCUSSIONI

NOTE E DISCUSSIONI

L'Eugenetica

(Primo Congresso Internazionale di Londra).

L'Eugenetica è un ramo di scienza ancora in formazione; ma il bisogno di un'intesa fra i suoi cultori era naturalmente così sentito, che numerosissimi scienziati e dilettanti di tutto il mondo hanno accolto l'invito dell'« Eugenic Education Society » e della « International Society for Race Hygiene » di riunirsi a Congresso a Londra sulla fine del luglio p. p.

L'Italia stessa non aveva mancato al convegno ed era rappresentata in modo degno di lei da Garofalo, Gini, Giuffrida-Ruggeri, Loria, Marro, Morselli, Niceforo, Sergi e dal Michels, tedesco ma libero docente a Torino.

Due argomenti hanno interessato vivamente le 4 Sezioni del Congresso, quello delle eredità delle psicopatie e dei mezzi per ovviare ai danni eventuali e quello dei rapporti fra il militarismo e l'eugenetica.

A proposito di questi due problemi il Dott. Alessandro Clerici, ben competente in materia, ha scritto recentemente (1) con la lucidità che per essere consueta a questo autore non è meno preziosa, un articolo assai interessante, per cui ci permettiamo di riferire le sue parole, che riassumono nel modo più limpido le due questioni, ed anche perchè riassumono in poche parole un'applicazione della « legge di Mendel » della quale non abbiamo avuto ancora occasione di parlare nella « Rivista ».

« Il risultato scientificamente importante di tante discussioni, (sui rapporti che le varie forme della degenerazione psichica intrattengono con ciascuna delle attività organiche e sociali dell'uomo) è stato che la maggior parte degli scienziati partecipanti al Congresso si dichiarò convinta che la trasmissione ereditaria delle neurosi e della pazzia segue le leggi del Mendel. Questa proposizione tradotta in termini pratici ha il significato seguente :

« Se dei due genitori uno solo è affetto da una neurosi o dalla pazzia, ovvero proviene da una famiglia nella quale queste malattie sono ereditarie, e l'al-

---

(1) A. Marie, « L'enfance anormale » Oct. 1912, n. 10, pag. 762-773.

tro invece è immune da esse, personalmente e gentiliziamente, i figli risultano anch' essi immuni: in altri termini delle due influenze ereditarie quella benefica vince sempre quella malefica.

« Ma l' immunità è limitata ai membri della prima generazione. Nelle persone di queste la labe degenerativa persiste allo stato latente: essi sono immuni solo personalmente, non gentiliziamente. Sicchè se essi si uniscono con altri individui immuni non solo personalmente ma anche gentiliziamente, in forza della regola testè espressa avranno una prole essa pure immune; ma se si uniscono con individui i quali siano compromessi personalmente o siano compromessi anche solo gentiliziamente, come essi sono, la labe ereditaria può rifarsi manifesta; nel qual caso uno o più membri della seconda generazione saranno affetti da una neurosi o dalla pazzia.

« Se invece la labe ereditaria anche nei membri della seconda generazione rimane latente, le stesse probabilità ricompaiono pei membri di tutte le generazioni successive, a seconda che essi si uniranno ad individui provenienti da famiglie immuni ovvere da famiglie compromesse. Cioè nel primo caso tutta la loro discendenza immediata resterà certamente immune, mentre nel secondo caso potranno aversi in essa dei membri colpiti; ma in nessun caso cesserà il rischio pei membri della discendenza immediata: in questi la labe ereditaria potrà rifarsi manifesta ogni volta che accada l' immissione di un sangue proveniente da un'altra stirpe pure compromessa.

« Esistono pure tre specie distinte di danni: un primo consite nell' istituirsi della labe ereditaria in una stirpe fino allora immune; un secondo danno consiste nel risvegliarsi di essa in una stirpe in cui essa era stata fino allora latente; un terzo danno consiste nel perpetuarsi di essa in una stirpe in cui essa è già in atto.

« Fino a poco tempo fa si è data un' importanza grandissima al terzo di questi danni, un' importanza assai minore al secondo, un' importanza minima o nulla al primo. È stato un merito non piccolo dei congressisti di Londra l' avere insistito sul fatto, che le tre specie di danno hanno un' importanza pari rispetto all' igiene famigliare e sociale, e nell' aver tentato di precisare le condizioni assai diverse fra loro, nelle quali tende a realizzarsi piuttosto l' uno che l' altro di essi.

« Il primo danno consiste, ho detto, nel perpetuarsi della labe ereditaria in atto, in altri termini uno dei genitori è neurotico o pazzo, od ambi lo sono, e la neurosi o rispettivamente la pazzia ricompare nei loro figli.

« Per questo genere di casi le comunicazioni fatte al Congresso da Mott. dal Vechs e da altri hanno confermato quanto già si sapeva; il pericolo della trasmissione ereditaria è tanto maggiore quanto più carico è il gentilizio delle due linee ascendenti. Così il Mott ha constatato, allo spoglio dei dati di ben ventimila casi di pazzia, che la probabilità del trasmettersi della pazzia è quattro volte maggiore nel caso che siano pazzi ambi i genitori, che nel caso che sia pazzo uno solo di essi.

« D' altra parte i congressisti di Londra contro le aspettative dei maligni, si dimostrarono assai poco favorevoli a certe misure di profilassi radicale, ch'erano state strenuamente sostenute dagli eugenisti della prima ora e che consistono essenzialmente nella sterilizzazione per via chirurgica degli individui affetti dai gradi più alti della labe ereditaria. Il Bleecker riferì sui dati raccolti negli otto fra gli Stati Uniti nei quali coteste misure vengono più o meno largamente applicate per legge, e venne alla conclusione che esse danno nel maggior numero dei casi delle garanzie insufficienti d' innocuità per l' individuo che le deve subire, mentre tendono a diminuire, per ragioni evidenti, il livello medio della moralità sessuale nei gruppi sociali nel cui ambito vengono applicate.

« E la maggioranza dei congressisti ha dato ragione al Bleecker, ed ha insistito piuttosto sulle misure di profilassi verso le altre due specie di danni succitate; cioè sulle misure atte ad impedire lo sviluppo della labe ereditaria nelle stirpi immuni, o le nuove manifestazioni di esse nelle stirpi in cui è allo stato latente.

« A tal proposito si disegnò nel Congresso una corrente di idee a favore di una distinzione netta fra le une e le altre di queste specie di misura. Tale distinzione ha infatti una grande importanza pratica, per la ragione seguente:

« I fattori atti a favorire lo sviluppo della labe ereditaria in una stirpe immune sono assai diverse da quelli atti a provocare il risveglio delle manifestazioni di essa in una stirpe nella quale essa già esista allo stato latente. Infatti nel primo caso bisogna che i fattori morbosi abbiano agito sugli elementi germinali in qualcuno degli ascendenti mentre nel secondo caso basta ch' essi agiscano sugli elementi del sistema nervoso in uno qualsivoglia dei discendenti. Ora i fattori capaci di agire sugli elementi del sistema nervoso sono numerosi e in gran parte banali: tali sono i patemi d' animo, gli strapazzi di ogni specie, la cattiva nutrizione del corpo, la cattiva educazione dello spirito; invece i fattori capaci di agire sugli elementi germinali sono in numero ristretto e quasi tutti di natura specifica, cioè di natura tossica o infettiva. Mentre adunque la profilassi individuale delle neurosi e della pazzia deve considerare sopratutto i fattori della prima specie, l' oggetto proprio della profilassi familiare e quindi sociale è costituito soprattutto da quelli della seconda specie.

« Ebbene, fra i fattori della seconda specie, due sono specialmente più potenti, l' uno di natura infettiva, la lue celtica, l' altro di natura tossica, l' alcoolismo. Dai dati statistici e clinici presentati al Congresso di Londra risultò che le azioni blastoftoriche (cioè deleterie per gil elementi germinali) di queste due malattie basterebbero da sole a spiegare l' impressionante aumento che mostra nel mondo civile la frequenza delle neurosi e della pazzia ereditaria.

« Per concludere rispetto all' argomento della labe ereditaria neuropatica e psicopatica, il Congresso di Londra avendo voluto fissare meglio che non sia stato fatto finora la relativa importanza dei vari fattori causali, è giunto alla conclusione che per combattere cotesta labe su vasta scala sarebbe inopportuno in-

vocare delle misure legislative di isolamento assoluto a carico degli individui già affetti da essa, mentra appare più facile e di una portata più ampia l'opporsi con mezzi di propaganda sociale ed anche di coercizione legislativa al diffondersi di quelle malattie e di quelle abitudini di vita, che — iniziandosi nell'individuo sano — hanno la proprietà di far sorgere in lui le condizioni della labe ereditaria, ex novo. Per questo lato adunque l'Eugenica, lungi dall'abbandonarsi alla ricerca di metodi strani, ridicoli od odiosi, collaborerà direttamente a due fra i movimenti d'igiene sociale già inatto, cioè alla lotta antiluetica e alla lotta contro l'alcoolismo.

« Sui rapporti fra l'Eugenica e il militarismo la discussione era incominciata su linee piuttosto accademiche, in forma di un dibattito fra militaristi ed antimilitaristi, a proposito della vessata questione dell'influenza della guerra sul progresso della civiltà.

« Ma ben presto gli oratori dei due partiti opposti s'accordarono su un punto, che cioè meritano un'attenzione speciale la facilità con cui la vita delle caserme diventa fomite di abitudini di alcoolismo e la frequenza speciale con cui si accumulano fra i militari le malattie luetiche. I documenti apportati dal Kellog e da altri studiosi misero fuori di ogni dubbio il fatto, che la sorveglianza e lo zelo delle autorità tutorie da questo punto di vista lasciano assai a desiderare. Nelle ore di uscita le giovani reclute trovano delle opportunità eccessive per abbandonarsi ad alcuni fra gli istinti organici più ciechi; anzi nelle grandi città le tentazioni in forma di osterie, bars e peggio vengono lasciate spesseggiate proprio nelle vie più vicine alle caserme. La conseguenza è che se per molti individui ben dotati l'esercito rimane pur sempre un'ottima scuola di disciplina fisica e morale, per altri più facile a soggiacere agli impulsi meno nobili, costituisce l'occasione per rovinarsi il corpo e lo spirito. Pur troppo v'è molto di vero in queste considerazioni; presso tutte le nazioni civili, la nostra non esclusa, l'elemento militare figura troppo abbondantemente nelle statistiche della morbilità luetica e in quelle della criminalità da ubbriachezza. Il grido d'allarme che si è levato al Congresso di Londra non va lasciato spegnersi senza eco neppure oggidì che l'influenza elevatrice dei sentimenti e delle azioni guerresche si dimostra anche per le popolazioni nostre superiore ad ogni dubbio ».

Una discussione particolarmente animata si è accesa sulla questione speciale dei deficienti gravi, pei quali, se si è lamentato che lo Stato spenda troppo, si è finito per concludere che è provvido che vengano ospitalizzati per tutta la vita, per impedire loro da riprodursi.

Due raccomandazioni fatte dal Congresso meritano di essere rilevate: una si riferiva all'opportunità di sostituire alla parola d'uso corrente « forti » e « deboli », nella lotta per la vita, di « desiderabili » e « non desiderabili », quelle meno urtanti di « adatti » e « inadatti »; l'altra riguardava l'utilità di provvedere a pubblicare un volume di eugenetica da distribuire agli insegnanti.

Statistica delle Entrate Provinciali 1909 e delle spese per gli alienati.

PROVINCIE	TOTALE generale dell'Entrata a Bilancio	Spese alienati
1. — Alessandria	2371709	340300
2. — Ancona	1248086	279640
3. — Aquila	1676271	280900
4. — Arezzo	938612	288336
5. — Ascoli	954221	130180
6. — Avellino	1584239	177000
7. — Bari	3228641	194000
8. — Belluno	433971	201000
9. — Benevento	874282	88740
10. — Bergamo	3325147	509677
11. — Bologna	6344859	910849
12. — Brescia	4531279	272000
13. — Cagliari	2170005	206000
14. — Caltanissetta	1405965	189383
15. — Campobasso	2491760	132600
16. — Caserta	2444656	337540
17. — Catania	3452129	290000
18. — Catanzaro	1734613	173015
19. — Chieti	1699721	129150
20. — Como	2552620	637890
21. — Cosenza	2098467	111000
22. — Cremona	1452290	37800
23. — Cuneo	2047752	421597
24. — Ferrara	1657851	366460
25. — Firenze	3907848	1270000
26. — Foggia	1910250	120600
27. — Forlì	2510322	240000
28. — Genova	10705024	1650000
29. — Girgenti	2053056	306000
30. — Grosseto	596233	102600
31. — Lecce	4645142	189261
32. — Livorno	587942	142000
33. — Lucca	1431646	429000
34. — Macerata	1425383	237941
A riportarsi L.	84491989	11392459

Riporto L.	84491989	11392459
35. — Mantova	3977776	261000
36. — Massa Carrara	818025	222740
37. — Messina	3644729	140000
38. — Milano	10389440	1805559
39. — Modena.	1697413	275000
40. — Napoli	5922843	773584
41. — Novara	2971673	410000
42. — Padova	2212967	500000
43. — Palermo	3326274	710000
44. — Parma	2476682	231205
45. — Pavia	3166328	300480
46. — Perugia	2953032	639850
47. — Pesaro	1643297	235336
48. — Piacenza	1550046	223264
49. — Pisa	1424[illegible]61	215735
50. — Porto Maurizio	600292	95000
51· — Potenza.	3449217	180000
52. — Ravenna	1991512	210000
53. — Reggio Calabria.	2091773	95000
54. — Reggio Emilia	3720666	299095
55. — Roma	9895879	1640410
56. — Rovigo	1203618	161200
57. — Salerno	2287998	211000
58. — Sassari	1376368	175000
59. — Siena	1757435	233000
60. — Siracusa	1244595	140000
61. — Sondrio	773556	93000
62. — Teramo	859896	160000
63. — Torino.	9011992	1220000
64. — Trapani	1115285	145600
65. — Treviso	1987175	365138
66. — Udine	1637822	465000
67. — Venezia	1451164	500000
68. — Verona	4001856	564000
69. — Vicenza	2641657	428991
Totale per l'anno 1909 L.	183877234	25718466
Confronto col 1899 »	131676329	14420585
Differenza in più dopo 1 decennio »	52200905	11297881

(Dal « Bollettino dei Manicomi » Nov. 1910).

La criminalità moderna.

Se si confronta il numero dei delinquenti minorenni in un numero proporzionato di abitanti della stessa età, si vede che le cifre dei delinquenti fra i minorenni dai sedici ai ventun'anni è in proporzione molto più elevata che fra gli adulti.

Il predominio della criminalità giovanile è più in riguardo ai crimini che ai delitti, come si vede particolarmente pei furti e per gli omicidi.

Per il vagabondaggio, i ferimenti, le percosse, il maggior numero si trova anche nei minorenni.

Le nuove generazioni, quelle che domani forniranno la criminalità degli adulti, sono nel caso di dare a tale criminalità un contingente ben più forte che le generazioni anteriori.

Un fenomeno analogo si osserva in quei casi che riguardano la follìa ed i suicidi.

L'educazione antialcoolica è di capitale importanza, ma molto difficile: la sorveglianza tutelare ed educativa compensatrice per l'abbandono delle famiglie, neppure essa è cosa facile; ed allorchè il giovane delinquente in erba ha commesso un fallo non lo si deve mettere in vicinanza agli adulti tarati, recidivi, incurabili, i quali costituiscono la scuola del crimine coi soli contatti che essi hanno nei corridoi dei tribunali dove gli uni e gli altri compariscono insieme.

La creazione di tribunali e di giudici speciali per i minorenni s'impone per evitare lo scoglio pericoloso precitato.

I minorenni non debbono più avere contatto coi delinquenti adulti sia nei tribunali che nelle prigioni.

La pellagra nella discussione Parlamentare del marzo 1913.

L'on. Patrizi presenta il seguente ordine del giorno:

« La Camera, pure rilevando l'utile applicazione della legge del 1903 sulla prevenzione e la cura della pellagra; mentre l' apposita Commissione e gli scienziati con fervido desiderio di verità fanno ricerche sull'eziologia del triste morbo da potere condurre ad una profilassi diretta casuale; dato il triplice aspetto del problema, medico agrario, sociale, e l'importanza innegabile che per la sua so luzione ha il sistema di vita delle classi rurali; fa voti perchè siano assicurate a tali classi migliori condizioni di vita anche eventualmente con la diminuzione dei pesi tributari che gravano sugli umili procurando altresì maggiore produzione del suolo onde i lavoratori dei campi abbiano cibo sano e sufficiente. »

L'on. Patrizi osserva che, mentre gli scienziati studiano, l'esperienza rivela

che la pellagra sopratutto dipende da una insufficenza, oltre che da cattiva qualità dell' alimentazione, per cui quanto più copiosi saranno i prodotti del suolo tanto più potranno gli agricoltori concedersi sano e bastante vitto, che è il mezzo più sicuro per vincere gli assalti del triste morbo che ne insidia la vita e ne diminuisce l'opera feconda.

All' on. Patrizi, che raccomanda in modo speciale la cura della pellagra, ricorda che questa malattia, fortunatemente, con l' applicazione delle leggi votate dal Parlamento, è diminuita di molto, tanto che mentre prima le morti per pellagra erano di 135 all' anno per ogni milione di abitanti, ora sono ridotte a sole 38.

Lotta contro l' alcoolismo.

Il convegno dei delegati delle Sezioni lombarde dell'Unione magistrale Italiana ha fatto i voti:

1. — che il Ministero della pubblica istruzione istituisca al più presto per i futuri maestri un corso obbligatorio di cultura antialcoolica nelle scuole normali e che provveda per gli attuali maestri con l' istituzione di lezioni speciali antialcooliche nei corsi autunnali d'igiene.

2. — che l' insegnamento antialcolico sia parte speciale ed obbligatoria del programma d' igiene della scuola elementare popolare, serale e festiva.

Il nuovo Manicomio di Affori in Milano.

La questione manicomiale venne trattata nell'ultime sedute del Consiglio provinciale. La discussione — ordinata e severa — ri svolse con concetti scientifici, pratici, e con argomenti di previdenza sociale. Il Consiglio, a grande magvioranza, ha approvata la costruzione sul comune di Affori, di un Istituto di accettazione, osservazione e cura, limitato, per ora, a 100 letti per l' osservazione ed a 300 letti per la cura. Ha pure concesso il riordino del grande manicomio di Montebello, con nuove costruzioni secondo le esigenze dell' assistenza manicomiale.

Verrà così soppressa « l' Astanteria Provinciale di Via Lamarmora », che per tanti anni ha funzionato egregiamente.

XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Per deliberazione del Consiglio Direttivo della Società Freniatrica Italiana il XIV Congresso Freniatrico è stato rimandato all'anno venturo in epoca da destinarsi (probabilmenta in autunno).

Congresso Internazionale per l'assistenza degli alienati.

Il Congresso Internazionale per l'assistenza degli alienati che doveva aver luogo a Mosca nel dicembre 1912 è stato rimandato al settembre del corrente anno.

XIII Premio Riberi L. 20,000.

È aperto un concorso al 13° Premio Riberi di L. 20,000 bandito dalla R. Accademia di Medicina di Torino per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere scadono i termini col 31 dicembre 1916. Per le condizioni del concorso rivolgersi alla *Segreteria dell' Accademia, Via Po 18 — Torino.*

NECROLOGI.

Il **Dott. Angelo De Vincenti** spegnevasi in Milano all' età di 65 nnni.

Fu profondo culture della psichiatria e della neuropatologia; e quantunque per sua speciale modestia i suoi studi non furono resi di pubblica ragione pure si può affermare che per coltura e competenza fu ai suoi tempi uno dei più valorosi neuropatologi italiani.

Di carattere franco e leale univa alla elevatezza del suo ingegno una impareggiabile squisitezza di sentimenti altruistici e filantropici.

Fu uno dei fondatori della Società Freniatrica e la Istituzione di Mutuo Soccorso Verga-Biffi per i Medici alienisti ebbe sempre da lui largo appoggio e un maggiore sviluppo.

Alla sua cara memoria vada il nostro saluto affettuoso e riverente.

Dott. Romano Pellegrini.

Il 5 febbraio 1913 spegnevasi in Girifalco il Dott. Romano Pellegrini Direttore di qnel Manicomio.

Nacque nel 1864 a Monteforte d'Alpone dove compì i suoi primi studi e poscia si laureò nell'Università di Padova nel 1888. Specializzatosi nella Psichiatria sotto la guida dell'illustre Prof. Tebaldi, fu in quello stesso anno nominato Medico aiuto nel Manicomio di Girifalco. Dopo la precoce morte del Prof. Ven-

turi egli tenne la direzione per qualche tempo in modo encomiabile, tanto che nel gennaio 1903 fu regolarmente nominato Direttore.

Si diede allora con tutto l' amore che portava al suo Istituto al miglioramento del Manicomio al suo ampliamento, al suo sviluppo materiale e morale, tanto che oggi il Manicomio di Girifalco può dirsi uno dei più graziosi e completi Istituti del genere in Italia.

Il Pellegrini si dedicò anche con amore alle ricerche scientifiche e come medico Primario e come Direttore pubblicò importanti lavori su questioni cliniche tecniche, sperimentali giudiziarie e statistiche.

Il suo ingegno e la sua cultura avrebbero ancora dato un largo contributo alla scienza psichiatrica, se una grave malattia che da circa tre anni lo molestava non avesse troncato questa simpatica esistenza in una età ancora giovane,

Egli per il suo cuore nobile, per la sua mente geniale, per i sentimenti squisiti dell'anima lascia generale rimpianto fra quelli chè ebbero la fortuna di avvicinarlo.

A Lui vada il nostro saluto riverente.

Prof. Giulio Vassale.

Il 4 gennaio 1913 spegnevasi in Modena nella Casa di salute Fiori, colpito da inesorabile morbo, il Prof. Giulio Vassale, ordinario di Patologia Generale in quella università. Cultore originale ed instancabile, con le sue ricerche sperimentali sulle secrezioni interne seppe aprire nuove vie con metodi severi e concezioni personali che gli valsero ammirazioni ed onori in patria ed all'estero. Ancor giovane fu preso in considerazione per il premio Nobel.

In Italia fu uno dei migliori elementi nel campo della patologia generale. Fu socio dell'Accademia dei Lincei e fu giudicato degno successore dell'illustre senatore Bizzozzero quando la cattedra di Torino rimase vacante per la morte del Grande maestro.

La Commissione che lo ebbe a giudicare lo dichiarò per i suoi speciali metodi, insegnante di grande valore.

Ma il Vassale non volle abbandonare Modena e declinò la lusinghiera destinazione meritamente attribuitagli.

Ha trascorso vita di studio, ebbe animo sereno, la sua mente era solo rivolta al vero e al bello e con la stessa serenità di animo seppe affrontare le sofferenze che insidiosamente lo attendevano.

Noi lo ricordiamo con venerazione e con affetto.

Chiara Agostini Vicarelli.

Il 5 novembre 1912, una tristissima, ma pur troppo attesa notizia, gettava in tutto il personale del nostro Manicomio un senso di vera costernazione, di profondo cordoglio.

L'ottima Signora del nostro Direttore, la madre esemplare che tutta l'esistenza sua aveva donato al culto e al benessere della famiglia che viveva solo per l'amore del suo consorte, dei suoi tre figli che vedeva crescere buoni e forti, che formavano il suo solo tesoro, (come negli ultimi istanti ebbe a dire), si spegneva serenamente in età giovane, vinta da un fiero malore che era riuscito ad infrangere la sua fibra robustissima.

Il compianto dell'intiera cittadinanza di Perugia che in tutti i modi volle manifestare il sentito cordoglio per la perdita della gentildonna, specchio di bontà e di virtù, testimoniò la grandissima estimazione in cui giustamente era Ella tenuta.

Riportiamo qui le parole che il prof. Umberto Rossi, medico primario del Manicomio, pronunciò innanzi al feretro lacrimato:

« Non è giusto che di ricordi e di elogi si infiori soltanto il feretro di chi passò nella vita compiendo azioni magnanime o di chi, ricco di censo e di intellettualità seppe sporgere, a piene mani, tra i suoi simili i doni che la natura ebbe a concedergli.

Quante modeste esistenze si spengono e si avviano all'estrema dimora senza che una parola evochi l'opera non meno preziosa da esse compiuta e senza che il bacio della riconoscenza si posi sulle loro spoglie. Modeste esistenze di spose e di madri esemplari che sfuggono perchè, comprese della loro elevata missione, vissero tutto il loro tempo fra le pareti domestiche intente solo a carezzare, confortare, educare; di tali esistenze i più sanno quando le porte di quelle case che ebbero la grande fortuna di accoglierle, si aprono alle esuli spoglie.

Così fu di Voi, buona ed eletta Signora!

Educata a nobili sentimenti, Voi portaste nella casa ove andaste sposa tutto il profumo della Vostra grazia, della vostra dolcezza e della immensa bontà dell'animo Vostro. Non vi smentiste mai, che ogni pensiero, ogni palpito del cuore, ogni cura amorosa fu per i Vostri che aveste dilettissimi, in ogni momento della breve esistenza, triste o lieta che fosse, anche nelle atroci sofferenze che straziarono i Vostri ultimi giorni. Sensibile ai dolori e alle miserie altrui, non sapeste mai negare a chicchesia conforti e aiuti.

Buona Signora! La casa che avete or ora lasciata non è e non sarà mai più quella di un giorno; gaio e sereno asilo di pace, oggi è muta. I vostri cari non Vi chiamano più; Vi cercano già e vi cercheranno col pensiero; Vi vedranno sempre affaccendata, premurosa, sorridente passare tra quelle mura e accorrere là ove l'opera Vostra era necessaria. La Vostra Claruccia, ritornando tra qualche giorno a casa, vi cercherà anche essa e più non vedendovi una nube oscurerà la piccola e già pensosa fronte e chinando la bruna testolina Vi chiederà:

Ma perchè, mamma, mi hai lasciata?

Attraverso l'aria e la terra che Vi coprirà, quella muta, ingenua, dolorosa domanda, giungerà fino a Voi e farà più dolce l'eterno sonno cui un destino crudele Vi ha, anzi tempo, condannata.

Buona Signora! Tutto il personale del Manicomio manda, a mio mezzo, alla Vostra memoria un reverente saluto: manda al compagno vostro nella vita, ai vostri amati figliuoli le più schiette, le più profonde condoglianze ».

La Redazione.

INDICE DEL VOLUME

MEMORIE ORIGINALI:

AUTORIASSUNTI E RIVISTE:

NOTE E DISCUSSIONI

Anno VII Gennaio-Giugno 1913 Fasc. I-II

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forense nell'Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA
STAB. TIP. VINÇENZO BARTELLI & C
1914

Anno VII Gennaio-Giugno 1913 Fasc. I-II

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

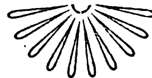
Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forense nell'Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale

Redattori



PERUGIA
STAB. TIP. VINCENZO BARTELLI & C.
1914

MANICOMIO PROVINCIALE DELL'UMBRIA IN PERUGIA
Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

Disartria e nucleo lenticolare

Nota del Dott. GUIDO GARBINI

Primario e libero docente

Le aspre dispute sollevate dai neuropatologi in questi ultimi anni a favore o contro la teoria di Broca hanno fatto progredire non solo le cognizioni che si avevano sul meccanismo del linguaggio, ma ben anche hanno contribuito a farci conoscere, un pò più esattamente che non per il passato. la funzione dei nuclei sottocorticali: quella del *n. lenticularis* in prima linea. Di questo importante risultato la scienza deve essere in gran parte grata a P. Marie, che ne è stato il promotore, quando, nel 1906, pubblicò il suo lavoro: « Revision de la question de l'aphasie: la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage ».

I neuropatologi colle loro accuratissime sistematiche ricerche anatomopatologiche relative all'afasia hanno in modo speciale contribuito a rivelarci, almeno nelle sue grandi linee, la funzione del nucleo lenticolare e la importanza che esso ha nel meccanismo del linguaggio.

Lo studiare sperimentalmente la fisiologia del nucleo lenticolare, è, se non impossibile nel vero senso della parola, per lo meno assai difficile. I tentativi infatti dei

fisiologi non hanno ancora mai raggiunto lo scopo, a causa della posizione profonda che detto nucleo occupa nell'encefalo, posizione per la quale non è permesso, da un lato di aggredirlo direttamente, e dall'altro, qualora anche l'esperimento fosse agevole, non ci avrebbe mai illuminati sulla importanza funzionale che ha il nucleo lenticolare nel meccanismo del linguaggio.

La patologia umana invece con il raffronto dei sintomi obbiettivi e delle lesioni circoscritte e bene delimitate nei diversi segmenti del nucleo lenticolare riscontrate al tavolo anatomico, è riuscita brillantemente a sostituire l'esperimento.

Si sa che taluni ricercatori attribuirono un esagerato valore funzionale al *nucleus lenticularis*. Meynert, ad es., voleva uguagliare la sua funzione motrice a quella dei centri corticali motori. Altri autori, all' opposto, negavano ad esso qualsiasi importanza funzionale.

Gowers, Oppenheim e Monakow infatti ritenevano che il nucleo lenticolare non avesse alcuna funzione motoria, ma che i disturbi motori, nei casi con lesione a focolaio di questo nucleo, dipendessero unicamente dalla pressione esercitata sulla capsula interna dalla lesione stessa. Charcot, ammettendo che paresi leggere, transitorie ed in ogni caso benigne dipendessero da pure e semplici lesioni dei nuclei della base, attribuiva implicitamente al lenticolare, una certa funzione motrice. Nothnagel era della stessa opinione, poichè riteneva che le paralisi consecutive a processi acuti o a piccoli rammollimenti del nucleo lenticolare, non dovessero mai essere causate da lesione, anche microscopica, della capsula interna.

La questione era a questo punto, quando comparve, nel 1902, il primo lavoro di Mingazzini sulla sintomatologia delle lesioni del nucleo lentiforme. Questo osservatore sottopose a particolari ricerche tutti quei casi (diligentemente studiati *intra vitam*), che all'autopsia rivelarono lesioni localizzate, unicamente, al nucleo lenticolare. Il Mingazzini ammise fino d'allora che per questo nucleo passasse un certo numero di fibre motorie ed un certo numero di fibre destinate al linguaggio articolato. Egli venne infatti alla conclusione che quasi sempre una lesione del segmento medio del nucleo lenticolare (corrispondente al *genu capsulae* o al *tuberculum anterius thalami*) provoca paresi dissociata o totale del lato opposto, con o senza emi-ipoestesia; se poi la lesione è del nucleo lenticolare di sinistra, alla sindrome suddetta si uniscono disturbi più o meno gravi. È questa quindi la prima volta che, oltre ad una funzione di moto, viene, al nucleo lenticolare, attribuita un'altra funzione importantissima inerente al linguaggio.

Senonchè al Mingazzini fu obbiettato che i disturbi da lui attribuiti al nucleo lenticolare potevano dipendere da azione (*compressione*) indiretta della lesione sulla capsula interna. La obbiezione era seria perchè il Mingazzini in questo suo lavoro non si era occupato dell' indagine microscopica.

Le ricerche cliniche ed anatomopatologiche pubblicate nel 1906 dal Piazza colmarono la lacuna e confermarono le idee svolte precedentemente dal Mingazzini.

Gli studi posteriori di Sciuti, di Dercum, di Mills e Spiller, di Dana hanno riconfermate le ricerche di Piazza ed hanno dimostrato che effettiva-

mente lesioni isolate del nucleo lenticolare sono capaci di produrre disturbi motori e disartrici, senza concomitante lesione (neppure microscopica) delle vie piramidali dalla capsula in giù.

La patologia ha poi messo ancora in evidenza altre importanti funzioni di questo nucleo. Il lenticolare contiene assai probativamente, a quanto sembra, oltre le già ricordate fibre motorie e verboarticolari, anche fibre trofiche, fibre destinate al senso muscolare, fibre (decorrenti probabilmente solo attraverso il *putamen*) deputate a trasmettere gli impulsi inibitori della corteccia cerebrale al centro coordinatore dei movimenti mimici (che si suppone risiedere nel talamo).

Homen, Dejerine, Jacobs, Monakow, Anton, Darkschenich, Kirehoff, Mingazzini, Giannuli ed altri pubblicarono casi di lesioni del nucleo lenticolare interessanti il solo *putamen* (studiati in maniera completa sia dal lato clinico che da quello anatomopatologico), nei quali gli arti emiparetici controlaterali erano stati colpiti da atrofia così rapida da non potersi in alcuna maniera mettere in rapporto colla emiparesi. Bechterew, Giannuli, Biancone descrissero inoltre speciali disturbi del senso muscolare negli arti colpiti da disturbo motorio, paresi o paralisi, in casi nei quali all'autopsia, rinvennero lesione del nucleo lenticolare.

Questi disturbi del senso muscolare, analoghi a quelli che Bechterew e Ostankow denominarono *pseudomelia parestesica,* hanno per caratteristica la persistenza: la vista inoltre non riesce nè a correggerli nè a modificarli.

Mingazzini, come più sopra abbiamo accennato,

ritiene che il nucleo lenticolare abbia una funzione importante nei movimenti mimici, inquantochè le vie psicotalamiche destinate a trasmettere dalla corteccia al centro mimico del talamo le correnti nervose inibitrici decorrano attraverso il corpo striato probabilmente solo attraverso il *putamen*. La opinione di Mingazzini è condivisa da Goldstein, da Kirchoff, da Franceschi, da Parhon e da Costantini, che recentemente è giunto a queste conclusioni:

1.° Che sono appunto le lesioni del nucleo lenticolere quelle che a preferenza producono il riso ed il pianto spastico per interruzione delle vie psicotalamiche in esso decorrenti; 2.° che queste vie possono dar luogo a tale disturbo per lesione in altro punto del loro decorso, come nei lobi frontali, dalla corteccia dei quali sembrano originarsi; 3.° che anche una lesione delle vie inibitrici cortico-bulbari, in qualsiasi punto del loro decorso essa risieda, è talora sufficiente a produrre il disturbo; 4.° che nelle forme combinate di riso e pianto spastico le lesioni dell'encefalo sono in generale più numerose che nelle forme isolate, vale a dire di solo riso o di solo pianto; le lesioni del nucleo lenticolare sono il più delle volte bilaterali, il che vuol dire che l'indebolimento delle vie mimiche inibitrici è maggiore nelle forme isolate.

Le prime ricerche del Mingazzini tendenti a stabilire che il nucleo lenticolare esercita la sua azione anche sull'articolazione della parola hanno trovato uno strenuo sostenitore in P. Marie, che al lenticolare affida un'importanza di primo ordine nella dottrina della fisiopatologia del linguaggio.

Questo autore, come è noto, nel 1906 ha cercato di

abbattere la dottrina classica di Broca sull'afasia motoria e quella di Wernicke sull'afasia acustica, sostituendo ad esse una dottrina del tutto nuova ed originale, base della quale doveva essere il nucleo lenticolare.

P. Marie non ammette, scrive Mattirolo, alcuno dei centri specializzati riconosciuti dagli autori ed ammette semplicemente l'esistenza nell'emisfero sinistro di una zona specialmente destinata ad assicurare la funzione del linguaggio (zona di Wernicke) di cui non si possono attualmente fissare i limiti precisi.

Gli argomenti principali che, secondo P. Marie, confortano le sue vedute sono:

1.° Che esistono dei casi tipici in cui malgrado che fosse leso il piede della 3.ª circonvoluzione frontale sinistra non era esistita afasia motoria; 2.° che esistono casi nei quali la distruzione del piede della 3.ª circonvoluzione frontale sinistra non produsse afasia motoria. Egli sostiene che se gli afasici motori non possono articolare la parola, ciò non dipende da lesione del centro di Broca ma da lesione del nucleo lenticolare, costantemente leso nell'afasia motoria, mentre la lesione, quando si riscontra, del piede della 3.ª circonvoluzione frontale altro non è che un epifenomeno.

Pierre Marie ritiene che, sotto l'aspetto clinico, i disturbi afasici si debbano raccogliere sotto tre differenti sindromi, che sarebbero: l'*afasia* di Wernicke od afasia propriamente detta, nella quale gli ammalati possono parlare ma non possono nè comprendere il linguaggio parlato, nè leggere, nè scrivere; l'*anartria*, in cui l'ammalato non può parlare, ma legge, scrive e comprende il linguaggio parlato; l'*afasia* di Broca che è una combi-

nazione di afasia e di anartria ed in cui i pazienti non possono nè parlare, nè leggere, nè scrivere e comprendono più o meno completamente il linguaggio parlato. In ultima analìsi, cioè, l'afasia di Broca si potrebbe definire colla formula:

Afasia di Wernicke + anartria = afasia di Broca.

Siccome il significato classico di *anartria* fu dagli autori, coll'andare del tempo, alquanto modificato, così, per intendersi riporto la definizione originale che il P. Marie ha dato di essa:

« L'anarthrie dont il est quistion ici est, bien entendu, l'anarthrie par lésion en foyer du cerveau. Elle est caractérisée par le fait que la parole du malade est on à peu pres nulle, ou du moins incompréhensible, à tel point qu' on pourrait, à cet egarde, confondre l'anarthrie avec l'aphasie de Broca: mais les caractères distinctifs entre ces deux syndromes sont nombreux et decisifs ».

Il Marie impiega dunque la parola anartria per designare le alterazioni della parola presentate dagli ammalati che sono affetti da afasia motrice pura, forma che secondo la dottrina classica è una afasia motrice sottocorticale.

Ora per Marìe questi soggetti, nei quali manca qualsiasi disturbo a carico del linguaggio interno, non sono degli afasici, ma degli anartrici.

Dal punto di vista anatomico P. Marie ritiene che l'afasia di Wernicke abbia la sua sede nella zona di Wernicke (giro sopramarginale, piega curva, 1ª e 2ª circonvoluzione temporale); che l'anartria dipenda da lesione

della *zona lenticolare* o *quadrilatero,* limitata anteriormente e posteriormente da due piani frontali tirati al livello del solco marginale anteriore e posteriore dell'*insula,* esternamente dalla superficie corticale della medesima, internamente dal ventricolo laterale. L'afasia di Broca, secondo la dottrina di P. Marie, corrisponderebbe alla lesione combinata della zona di Wernicke e della zona lenticolare.

Una animata discussione ha provocata (1908) la nuova teoria alla *Società di Neurologia di Parigi;* e la discussiene si è impegnata più specialmente fra Dejerine, che sosteneva la Dottrina classica, ed il P. Marie il quale ha cercato colla sua nuova teoria di dimostrare la non esistenza dei centri classici del linguaggio.

Ma alla fine della discussione il campo dei neuropatologi rimaneva sempre diviso e le due affermazioni contrarie non avevano subito, dalla discussione, alcuna modificazione.

Mingazzini, poco dopo, fondandosi sopra fatti clinici ed anatomici bene stabiliti, ha emessa una nuova dottrina che ha il grande merito di conciliare le due opposte teorie e di non abbattere per nulla la teoria classica del linguaggio.

Riassumo brevemente le idee del Mingazzini.

Secondo questo autore le dispute pro e contro la dottrina di Broca, relative alla localizzazione delle immagini motorie del linguaggio, derivano (uso le sue stesse parole) da varie ragioni: 1.° dall'avere assegnato limiti soverchiamente circoscritti alla regione dell'afasia verbomotrice; 2.° dall'avere voluto insistere sulla divisione fra afasia motoria corticale *(vera)* e sottocorticale *(pura)*; di-

visione che l'esperienza clinica ha ormai dimostrata rivestita di carattere troppo artificioso; 3.° perchè alcuni hanno voluto escludere qualsiasi compartecipazione del *nucleus lenticularis* alla regione in parola (Dejerine), come del pari altri si ostinano a negare alla corteccia della regione sinistra e destra di Broca qualsiasi compartecipazione o qualsiasi intervento nella produzione del linguaggio articolato (P. Marie).

Compulsando Egli la letteratura dei casi di afasia motoria, clinicamente ed anatomicamente da lui stesso e da altri studiati, ha concepito una dottrina che libera da molte difficoltà il terreno fra le opposte tendenze e teorie. Le sue numerose e minute ricerche hanno condotto, come egli dice, armonicamente al seguente corollario: « La regione verbo-motoria è costituita da una vasta zona corticale bilaterale, senza limiti nettamente distinti, la quale abbraccia la *pars opercularis* e forse anche la *triangularis* della F_3, la metà anteriore dell' *insula* e in qualche individuo pare anche il piede della frontale ascendente. Da questa zona si staccano radiazioni midollari, le quali a sinistra percorrendo il centro ovale sottostante si concentrano immediatamente nella estremità frontale del *lenticularis* sinistro; quelle di destra invece percorrono trasversalmente il piano anteriore della trave e nel punto in cui (a sinistra) formano la corrispondente irradiazione trabeale, si uniscono a quelle del lato sinistro, per portarsi all'estremo anteriore del *lenticularis* ».

Questa ultima porzione soltanto rappresenterebbe, sempre secondo Mingazzini, la vera zona lenticolare della regione fasico-motoria. Procedendo poi indietro ed in basso, le vie motorio-fasiche vengono a contatto con

un secondo ordine di vie (le vie verbo-articolari di Mingazzini), le quali, percorrendo tutto il resto del *lenticularis,* discendono lungo il tronco dell'encefalo, fino a ramificarsi intorno ai nuclei bulbari del VII e del XII.

In conseguenza di ciò l'afasia motorìa può essere provocata dalla distruzione a sinistra, non solo di tutta la regione verbo-motoria (presa nel senso moderno) ma eziandio della corona raggiata sottostante e dell' estremo anteriore del *lenticularis;* la disartria (fino alla grave anartria) è provocata dalla lesione dei $^2/_3$ o dei $^3/_4$ posteriori del *lenticularis* sinistro.

Inoltre (caso Besta) non solo il *putamen* ma anche il *globus pallidus* contiene fibre verboarticolari.

Ma, secondo Mingazzini, afasia motoria completa e persistente si avrà solo quando verrà distrutta tutta la parte anteriore del *putamen* di sinistra, perchè allora verranno interrotte tutte le fibre motorio-fasiche provenienti dai due lati; chè se la lesione di tali fibre o della regione di Broca è solo parziale, allora potranno aversi disturbi afasici, ma solo transitori per il compenso della parte rimasta illesa, compenso che avverrà tanto più facilmente quanto minore sarà la lesione della corteccia o delle fibre, *specialmente poi se la medesima risiederà a destra,* e quanto migliori saranno le condizioni circolatorie del cervello.

Il Mingazzini poi, basandosi sulle sue osservazioni e su quella molto illustrativa di Moutier (caso Perin) afferma l' azione vicariante non solo della corteccia e subcorteccia della regione destra di Broca, ma anche delle vie verbo-articolari dello stesso lato. E all'obbiezione del Giannuli il quale osservava che ac-

cettando il modo di M i n g a z z i n i di concepire l'estensione dell'area fasico-motoria del linguaggio, rimarrebbero inesplicati i casi pubblicati da F r e y, da H e n s c h e n e da altri, dai quali si deduce che le lesioni dei giri centrali della F_3. di destra hanno prodotto pure i disturbi disartrici, risponde ricordando i modi precisi con cui in generale l' emisfero destro, e rispettivamente la zona motoria del linguaggio di quesro lato, concorre alla funzione in questione.

« Quest' ultima zona, Egli dice, soltanto nei bambini, in molti mancini, ed anche in qualche destrimano adulto assume la parte principale, mentre nella maggior parte degli uomini cede l'ufficio di « prevalente attività » all'omonima regione di sinistra, ma continua ad essere più o meno usata, ed in certi casi quasi punto. Se adunque in seguito a distruzione della regione verbo-motoria destra nei bambini e nei fanciulli, la funzione verbo-motoria scomparisce costantemente in modo da aversi, sia pure per un periodo transitorio, afasia motoria ; e se nei mancini ed in molti destrimani si ripete generalmente altrettanto, ciò vuol dire che anche nella regione destra di B r o c a gli *apparati nervosi* destinati a questa funzione, e le loro connessioni con i nuclei bulbari sono *anatomicamente bene costituiti fino dalla nascita e che tali rimangono in tutto il tempo della loro vita.*

Ecco perchè la stessa regione verbo-motoria (destra), quando è lesa può, a seconda che abbia funzionato molto o quasi punto nella vita, dare luogo ad afasia motoria, o a pura disastria (risentimento dei soli apparati focali) ».

Le conclusioni del M i n g a z z i n i bene si accordano con quanto prima di lui da altri autori, era stato osser-

un secondo ordine di vie (le vie verbo-articolari di Mingazzini), le quali, percorrendo tutto il resto del *lenticularis,* discendono lungo il tronco dell'encefalo, fino a ramificarsi intorno ai nuclei bulbari del VII e del XII.

In conseguenza di ciò l'afasia motorìa può essere provocata dalla distruzione a sinistra, non solo di tutta la regione verbo-motoria (presa nel senso moderno) ma eziandio della corona raggiata sottostante e dell' estremo anteriore del *lenticularis;* la disartria (fino alla grave anartria) è provocata dalla lesione dei $^{2}/_{3}$ o dei $^{3}/_{4}$ posteriori del *lenticularis* sinistro.

Inoltre (caso Besta) non solo il *putamen* ma anche il *globus pallidus* contiene fibre verboarticolari.

Ma, secondo Mingazzini, afasia motoria completa e persistente si avrà solo quando verrà distrutta tutta la parte anteriore del *putamen* di sinistra, perchè allora verranno interrotte tutte le fibre motorio-fasiche provenienti dai due lati; chè se la lesione di tali fibre o della regione di Broca è solo parziale, allora potranno aversi disturbi afasici, ma solo transitori per il compenso della parte rimasta illesa, compenso che avverrà tanto più facilmente quanto minore sarà la lesione della corteccia o delle fibre, *specialmente poi se la medesima risiederà a destra,* e quanto migliori saranno le condizioni circolatorie del cervello.

Il Mingazzini poi, basandosi sulle sue osservazioni e su quella molto illustrativa di Moutier (caso Perin) afferma l' azione vicariante non solo della corteccia e subcorteccia della regione destra di Broca, ma anche delle vie verbo-articolari dello stesso lato. E all'obbiezione del Giannuli il quale osservava che ac-

cettando il modo di Mingazzini di concepire l'estensione dell'area fasico-motoria del linguaggio, rimarrebbero inesplicati i casi pubblicati da Frey, da Henschen e da altri, dai quali si deduce che le lesioni dei giri centrali della F_3. di destra hanno prodotto pure i disturbi disartrici, risponde ricordando i modi precisi con cui in generale l' emisfero destro, e rispettivamente la zona motoria del linguaggio di quesro lato, concorre alla funzione in questione.

« Quest' ultima zona, Egli dice, soltanto nei bambini, in molti mancini, ed anche in qualche destrimano adulto assume la parte principale, mentre nella maggior parte degli uomini cede l'ufficio di « prevalente attività » all'omonima regione di sinistra, ma continua ad essere più o meno usata, ed in certi casi quasi punto. Se adunque in seguito a distruzione della regione verbo-motoria destra nei bambini e nei fanciulli, la funzione verbo-motoria scomparisce costantemente in modo da aversi, sia pure per un periodo transitorio, afasia motoria ; e se nei mancini ed in molti destrimani si ripete generalmente altrettanto, ciò vuol dire che anche nella regione destra di Broca gli *apparati nervosi* destinati a questa funzione, e le loro connessioni con i nuclei bulbari sono *anatomicamente bene costituiti fino dalla nascita e che tali rimangono in tutto il tempo della loro vita.*

Ecco perchè la stessa regione verbo-motoria (destra), quando è lesa può, a seconda che abbia funzionato molto o quasi punto nella vita, dare luogo ad afasia motoria, o a pura disastria (risentimento dei soli apparati focali) ».

Le conclusioni del Mingazzini bene si accordano con quanto prima di lui da altri autori, era stato osser-

MANICOMIO PROVINCIALE DELL'UMBRIA IN PERUGIA
Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

Disartria e nucleo lenticolare

Nota del Dott. GUIDO GARBINI

Primario e libero docente

Le aspre dispute sollevate dai neuropatologi in questi ultimi anni a favore o contro la teoria di Broca hanno fatto progredire non solo le cognizioni che si avevano sul meccanismo del linguaggio, ma ben anche hanno contribuito a farci conoscere, un pò più esattamente che non per il passato. la funzione dei nuclei sottocorticali: quella del *n. lenticularis* in prima linea. Di questo importante risultato la scienza deve essere in gran parte grata a P. Marie, che ne è stato il promotore, quando, nel 1906, pubblicò il suo lavoro: « Revision de la question de l'aphasie: la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage ».

I neuropatologi colle loro accuratissime sistematiche ricerche anatomopatologiche relative all'afasia hanno in modo speciale contribuito a rivelarci, almeno nelle sue grandi linee, la funzione del nucleo lenticolare e la importanza che esso ha nel meccanismo del linguaggio.

Lo studiare sperimentalmente la fisiologia del nucleo lenticolare, è, se non impossibile nel vero senso della parola, per lo meno assai difficile. I tentativi infatti dei

fisiologi non hanno ancora mai raggiunto lo scopo, a causa della posizione profonda che detto nucleo occupa nell'encefalo, posizione per la quale non è permesso, da un lato di aggredirlo direttamente, e dall'altro, qualora anche l'esperimento fosse agevole, non ci avrebbe mai illuminati sulla importanza funzionale che ha il nucleo lenticolare nel meccanismo del linguaggio.

La patologia umana invece con il raffronto dei sintomi obbiettivi e delle lesioni circoscritte e bene delimitate nei diversi segmenti del nucleo lenticolare riscontrate al tavolo anatomico, è riuscita brillantemente a sostituire l'esperimento.

Si sa che taluni ricercatori attribuirono un esagerato valore funzionale al *nucleus lenticularis*. Meynert, ad es., voleva uguagliare la sua funzione motrice a quella dei centri corticali motori. Altri autori, all' opposto, negavano ad esso qualsiasi importanza funzionale.

Gowers, Oppenheim e Monakow infatti ritenevano che il nucleo lenticolare non avesse alcuna funzione motoria, ma che i disturbi motori, nei casi con lesione a focolaio di questo nucleo, dipendessero unicamente dalla pressione esercitata sulla capsula interna dalla lesione stessa. Charcot, ammettendo che paresi leggere, transitorie ed in ogni caso benigne dipendessero da pure e semplici lesioni dei nuclei della base, attribuiva implicitamente al lenticolare, una certa funzione motrice. Nothnagel era della stessa opinione, poichè riteneva che le paralisi consecutive a processi acuti o a piccoli rammollimenti del nucleo lenticolare, non dovessero mai essere causate da lesione, anche microscopica, della capsula interna.

La questione era a questo punto, quando comparve, nel 1902, il primo lavoro di Mingazzini sulla sintomatologia delle lesioni del nucleo lentiforme. Questo osservatore sottopose a particolari ricerche tutti quei casi (diligentemente studiati *intra vitam*), che all'autopsia rivelarono lesioni localizzate, unicamente, al nucleo lenticolare. Il Mingazzini ammise fino d'allora che per questo nucleo passasse un certo numero di fibre motorie ed un certo numero di fibre destinate al linguaggio articolato. Egli venne infatti alla conclusione che quasi sempre una lesione del segmento medio del nucleo lenticolare (corrispondente al *genu capsulae* o al *tuberculum anterius thalami*) provoca paresi dissociata o totale del lato opposto, con o senza emi-ipoestesia; se poi la lesione è del nucleo lenticolare di sinistra, alla sindrome suddetta si uniscono disturbi più o meno gravi. È questa quindi la prima volta che, oltre ad una funzione di moto, viene, al nucleo lenticolare, attribuita un'altra funzione importantissima inerente al linguaggio.

Senonchè al Mingazzini fu obbiettato che i disturbi da lui attribuiti al nucleo lenticolare potevano dipendere da azione (*compressione*) indiretta della lesione sulla capsula interna. La obbiezione era seria perchè il Mingazzini in questo suo lavoro non si era occupato dell' indagine microscopica.

Le ricerche cliniche ed anatomopatologiche pubblicate nel 1906 dal Piazza colmarono la lacuna e confermarono le idee svolte precedentemente dal Mingazzini.

Gli studi posteriori di Sciuti, di Dercum, di Mills e Spiller, di Dana hanno riconfermate le ricerche di Piazza ed hanno dimostrato che effettiva-

mente lesioni isolate del nucleo lenticolare sono capaci di produrre disturbi motori e disartrici, senza concomitante lesione (neppure microscopica) delle vie piramidali dalla capsula in giù.

La patologia ha poi messo ancora in evidenza altre importanti funzioni di questo nucleo. Il lenticolare contiene assai probativamente, a quanto sembra, oltre le già ricordate fibre motorie e verboarticolari, anche fibre trofiche, fibre destinate al senso muscolare, fibre (decorrenti probabilmente solo attraverso il *putamen*) deputate a trasmettere gli impulsi inibitori della corteccia cerebrale al centro coordinatore dei movimenti mimici (che si suppone risiedere nel talamo).

Homen, Dejerine, Jacobs, Monakow, Anton, Darkschenich, Kirehoff, Mingazzini, Giannuli ed altri pubblicarono casi di lesioni del nucleo lenticolare interessanti il solo *putamen* (studiati in maniera completa sia dal lato clinico che da quello anatomopatologico), nei quali gli arti emiparetici controlaterali erano stati colpiti da atrofia così rapida da non potersi in alcuna maniera mettere in rapporto colla emiparesi. Bechterew, Giannuli, Biancone descrissero inoltre speciali disturbi del senso muscolare negli arti colpiti da disturbo motorio, paresi o paralisi, in casi nei quali all'autopsia, rinvennero lesione del nucleo lenticolare.

Questi disturbi del senso muscolare, analoghi a quelli che Bechterew e Ostankow denominarono *pseudomelia parestesica,* hanno per caratteristica la persistenza: la vista inoltre non riesce nè a correggerli nè a modificarli.

Mingazzini, come più sopra abbiamo accennato,

ritiene che il nucleo lenticolare abbia una funzione importante nei movimenti mimici, inquantochè le vie psicotalamiche destinate a trasmettere dalla corteccia al centro mimico del talamo le correnti nervose inibitrici decorrano attraverso il corpo striato probabilmente solo attraverso il *putamen*. La opinione di Mingazzini è condivisa da Goldstein, da Kirchoff, da Franceschi, da Parhon e da Costantini, che recentemente è giunto a queste conclusioni:

1.° Che sono appunto le lesioni del nucleo lenticolere quelle che a preferenza producono il riso ed il pianto spastico per interruzione delle vie psicotalamiche in esso decorrenti; 2.° che queste vie possono dar luogo a tale disturbo per lesione in altro punto del loro decorso, come nei lobi frontali, dalla corteccia dei quali sembrano originarsi; 3.° che anche una lesione delle vie inibitrici cortico-bulbari, in qualsiasi punto del loro decorso essa risieda, è talora sufficiente a produrre il disturbo; 4.° che nelle forme combinate di riso e pianto spastico le lesioni dell'encefalo sono in generale più numerose che nelle forme isolate, vale a dire di solo riso o di solo pianto; le lesioni del nucleo lenticolare sono il più delle volte bilaterali, il che vuol dire che l'indebolimento delle vie mimiche inibitrici è maggiore nelle forme isolate.

Le prime ricerche del Mingazzini tendenti a stabilire che il nucleo lenticolare esercita la sua azione anche sull'articolazione della parola hanno trovato uno strenuo sostenitore in P. Marie, che al lenticolare affida un'importanza di primo ordine nella dottrina della fisiopatologia del linguaggio.

Questo autore, come è noto, nel 1906 ha cercato di

abbattere la dottrina classica di Broca sull'afasia motoria e quella di Wernicke sull'afasia acustica, sostituendo ad esse una dottrina del tutto nuova ed originale, base della quale doveva essere il nucleo lenticolare.

P. Marie non ammette, scrive Mattirolo, alcuno dei centri specializzati riconosciuti dagli autori ed ammette semplicemente l'esistenza nell'emisfero sinistro di una zona specialmente destinata ad assicurare la funzione del linguaggio (zona di Wernicke) di cui non si possono attualmente fissare i limiti precisi.

Gli argomenti principali che, secondo P. Marie, confortano le sue vedute sono:

1.° Che esistono dei casi tipici in cui malgrado che fosse leso il piede della 3.ª circonvoluzione frontale sinistra non era esistita afasia motoria; 2.° che esistono casi nei quali la distruzione del piede della 3.ª circonvoluzione frontale sinistra non produsse afasia motoria. Egli sostiene che se gli afasici motori non possono articolare la parola, ciò non dipende da lesione del centro di Broca ma da lesione del nucleo lenticolare, costantemente leso nell'afasia motoria, mentre la lesione, quando si riscontra, del piede della 3.ª circonvoluzione frontale altro non è che un epifenomeno.

Pierre Marie ritiene che, sotto l'aspetto clinico, i disturbi afasici si debbano raccogliere sotto tre differenti sindromi, che sarebbero: l'*afasia* di Wernicke od afasia propriamente detta, nella quale gli ammalati possono parlare ma non possono nè comprendere il linguaggio parlato, nè leggere, nè scrivere; l'*anartria*, in cui l'ammalato non può parlare, ma legge, scrive e comprende il linguaggio parlato; l'*afasia* di Broca che è una combi-

nazione di afasia e di anartria ed in cui i pazienti non possono nè parlare, nè leggere, nè scrivere e comprendono più o meno completamente il linguaggio parlato. In ultima analìsi, cioè, l'afasia di Broca si potrebbe definire colla formula:

Afasia di Wernicke + anartria = afasia di Broca.

Siccome il significato classico di *anartria* fu dagli autori, coll'andare del tempo, alquanto modificato, così, per intendersi riporto la definizione originale che il P. Marie ha dato di essa:

« L'anarthrie dont il est quistion ici est, bien entendu, l'anarthrie par lésion en foyer du cerveau. Elle est caractérisée par le fait que la parole du malade est on à peu pres nulle, ou du moins incompréhensible, à tel point qu' on pourrait, à cet egarde, confondre l'anarthrie avec l'aphasie de Broca: mais les caractères distinctifs entre ces deux syndromes sont nombreux et decisifs ».

Il Marie impiega dunque la parola anartria per designare le alterazioni della parola presentate dagli ammalati che sono affetti da afasia motrice pura, forma che secondo la dottrina classica è una afasia motrice sottocorticale.

Ora per Marìe questi soggetti, nei quali manca qualsiasi disturbo a carico del linguaggio interno, non sono degli afasici, ma degli anartrici.

Dal punto di vista anatomico P. Marie ritiene che l'afasia di Wernicke abbia la sua sede nella zona di Wernicke (giro sopramarginale, piega curva, 1ª e 2ª circonvoluzione temporale); che l'anartria dipenda da lesione

della *zona lenticolare* o *quadrilatero,* limitata anteriormente e posteriormente da due piani frontali tirati al livello del solco marginale anteriore e posteriore dell'*insula,* esternamente dalla superficie corticale della medesima, internamente dal ventricolo laterale. L'afasia di Broca, secondo la dottrina di P. Marie, corrisponderebbe alla lesione combinata della zona di Wernicke e della zona lenticolare.

Una animata discussione ha provocata (1908) la nuova teoria alla *Società di Neurologia di Parigi;* e la discussiene si è impegnata più specialmente fra Dejerine, che sosteneva la Dottrina classica, ed il P. Marie il quale ha cercato colla sua nuova teoria di dimostrare la non esistenza dei centri classici del linguaggio.

Ma alla fine della discussione il campo dei neuropatologi rimaneva sempre diviso e le due affermazioni contrarie non avevano subito, dalla discussione, alcuna modificazione.

Mingazzini, poco dopo, fondandosi sopra fatti clinici ed anatomici bene stabiliti, ha emessa una nuova dottrina che ha il grande merito di conciliare le due opposte teorie e di non abbattere per nulla la teoria classica del linguaggio.

Riassumo brevemente le idee del Mingazzini.

Secondo questo autore le dispute pro e contro la dottrina di Broca, relative alla localizzazione delle immagini motorie del linguaggio, derivano (uso le sue stesse parole) da varie ragioni: 1.° dall'avere assegnato limiti soverchiamente circoscritti alla regione dell'afasia verbomotrice; 2.° dall'avere voluto insistere sulla divisione fra afasia motoria corticale *(vera)* e sottocorticale *(pura)*; di-

visione che l'esperienza clinica ha ormai dimostrata rivestita di carattere troppo artificioso; 3.° perchè alcuni hanno voluto escludere qualsiasi compartecipazione del *nucleus lenticularis* alla regione in parola (Dejerine), come del pari altri si ostinano a negare alla corteccia della regione sinistra e destra di Broca qualsiasi compartecipazione o qualsiasi intervento nella produzione del linguaggio articolato (P. Marie).

Compulsando Egli la letteratura dei casi di afasia motoria, clinicamente ed anatomicamente da lui stesso e da altri studiati, ha concepito una dottrina che libera da molte difficoltà il terreno fra le opposte tendenze e teorie. Le sue numerose e minute ricerche hanno condotto, come egli dice, armonicamente al seguente corollario: « La regione verbo-motoria è costituita da una vasta zona corticale bilaterale, senza limiti nettamente distinti, la quale abbraccia la *pars opercularis* e forse anche la *triangularis* della F_3, la metà anteriore dell' *insula* e in qualche individuo pare anche il piede della frontale ascendente. Da questa zona si staccano radiazioni midollari, le quali a sinistra percorrendo il centro ovale sottostante si concentrano immediatamente nella estremità frontale del *lenticularis* sinistro; quelle di destra invece percorrono trasversalmente il piano anteriore della trave e nel punto in cui (a sinistra) formano la corrispondente irradiazione trabeale, si uniscono a quelle del lato sinistro, per portarsi all'estremo anteriore del *lenticularis* ».

Questa ultima porzione soltanto rappresenterebbe, sempre secondo Mingazzini, la vera zona lenticolare della regione fasico-motoria. Procedendo poi indietro ed in basso, le vie motorio-fasiche vengono a contatto con

un secondo ordine di vie (le vie verbo-articolari di Mingazzini), le quali, percorrendo tutto il resto del *lenticularis,* discendono lungo il tronco dell'encefalo, fino a ramificarsi intorno ai nuclei bulbari del VII e del XII.

In conseguenza di ciò l'afasia motorìa può essere provocata dalla distruzione a sinistra, non solo di tutta la regione verbo-motoria (presa nel senso moderno) ma eziandio della corona raggiata sottostante e dell' estremo anteriore del *lenticularis;* la disartria (fino alla grave anartria) è provocata dalla lesione dei $^2/_3$ o dei $^3/_4$ posteriori del *lenticularis* sinistro.

Inoltre (caso Besta) non solo il *putamen* ma anche il *globus pallidus* contiene fibre verboarticolari.

Ma, secondo Mingazzini, afasia motoria completa e persistente si avrà solo quando verrà distrutta tutta la parte anteriore del *putamen* di sinistra, perchè allora verranno interrotte tutte le fibre motorio-fasiche provenienti dai due lati; chè se la lesione di tali fibre o della regione di Broca è solo parziale, allora potranno aversi disturbi afasici, ma solo transitori per il compenso della parte rimasta illesa, compenso che avverrà tanto più facilmente quanto minore sarà la lesione della corteccia o delle fibre, *specialmente poi se la medesima risiederà a destra,* e quanto migliori saranno le condizioni circolatorie del cervello.

Il Mingazzini poi, basandosi sulle sue osservazioni e su quella molto illustrativa di Moutier (caso Perin) afferma l' azione vicariante non solo della corteccia e subcorteccia della regione destra di Broca, ma anche delle vie verbo-articolari dello stesso lato. E all'obbiezione del Giannuli il quale osservava che ac-

cettando il modo di Mingazzini di concepire l'estensione dell'area fasico-motoria del linguaggio, rimarrebbero inesplicati i casi pubblicati da Frey, da Henschen e da altri, dai quali si deduce che le lesioni dei giri centrali della F_3. di destra hanno prodotto pure i disturbi disartrici, risponde ricordando i modi precisi con cui in generale l' emisfero destro, e rispettivamente la zona motoria del linguaggio di quesro lato, concorre alla funzione in questione.

« Quest' ultima zona, Egli dice, soltanto nei bambini, in molti mancini, ed anche in qualche destrimano adulto assume la parte principale, mentre nella maggior parte degli uomini cede l'ufficio di « prevalente attività » all'omonima regione di sinistra, ma continua ad essere più o meno usata, ed in certi casi quasi punto. Se adunque in seguito a distruzione della regione verbo-motoria destra nei bambini e nei fanciulli, la funzione verbo-motoria scomparisce costantemente in modo da aversi, sia pure per un periodo transitorio, afasia motoria ; e se nei mancini ed in molti destrimani si ripete generalmente altrettanto, ciò vuol dire che anche nella regione destra di Broca gli *apparati nervosi* destinati a questa funzione, e le loro connessioni con i nuclei bulbari sono *anatomicamente bene costituiti fino dalla nascita e che tali rimangono in tutto il tempo della loro vita.*

Ecco perchè la stessa regione verbo-motoria (destra), quando è lesa può, a seconda che abbia funzionato molto o quasi punto nella vita, dare luogo ad afasia motoria, o a pura disastria (risentimento dei soli apparati focali) ».

Le conclusioni del Mingazzini bene si accordano con quanto prima di lui da altri autori, era stato osser-

vato. Gudden, nel 1886, aveva detto che, per lui, preformato o acquisito, il centro della parola entra in funzione ben prima che la minima abilità manuale si sia manifestata. Nè poteva ammettere una stretta localizzazione in un emisfero, poichè, se così fosse, la regione omologa dell'emisfero opposto avrebbe dovuto atrofizzarsi. Anche Moutier è condotto a concludere, analizzando i suoi casi, che *anche nei destrimani, l'emisfero destro esercita, per quanto concerne il linguaggio, un ufficio considerevole.* Ê vero, osserva Mingazzini, che nei mancini si nota in genere l'afemia per lesione della F_3. destra, ma anche nei destrimani Farge, Oppenheim, Preobraschensky, Senator osservarono afasia motoria consecutiva a lesione dell' emisfero di questo ultimo lato.

Viceversa nei mancini Vood e Byron Brannvell videro svilupparsi afasia motoria per distruzione della F_3. sinistra. Insomma non sempre un destrimano diventa afemico per lesione della F_3. sinistra e reciprocamente un mancino non diventa sempre afemico per lesioue della F_3. destra.

Mingazzini in un ulteriore e più recente lavoro: « Ueber den Verlauf einiger Hirnbahnen und besonders der motorischen Sprachbahnen » rispondendo ad alcuue obbiezioni sollevategli da qualche autore, riconferma le sue vedute, e porta ad esse nuovo contributo clinico ed anatomopatologico.

« Le osservazioni cliniche, come le corrispondenti ricerche anatomopatologiche, Egli dice, mi hanno tratto a concludere che nel lenticolare sinistro, e precisamente in determinato territorio di esso, passano soltanto vie de-

stinate alla articolazione delle parole ». Si comprende quindi che, quanto più grave e sopratutto estesa da sopra in sotto e trasversalmente, sia la lesione del ganglio suddetto, tanto più debba soffrirne la pronunzia della parola; di più si comprende che se la lesione è totale (sia pure essa di un piccolo segmento anteroposteriore, e venga ad interrompere le vie verboarticolari), il malato non possa parlare.

In questo ultimo caso si potrà sostenere in uguale maniera che il paziente sia divenuto muto, anartrico o monofasico, malgrado la lesione non colpisca vie fasicomotorie. La migliore prova poi che nel lenticolare e specialmente nel *putamen* decorrono le vie che servono alla articolazione della parola, è data da Wilson, che ultimamente descrivendo una malattia che chiamò *degenerazione progressiva del lenticolare* afferma che il *putamen*, se leso, produce disartria.

Ma nel lavoro suddetto il Mingazzini è venuto anche ad un'altra importante conclusione. Mentre Egli prima ammetteva che le vie verboarticolari discendessero soltanto nel nucleo lenticolare di sinistra, adesso invece, sottoponendo a critica alcuni casi pubblicati nei quali il nucleo lenticolare di sinistra era del tutto leso e nondimeno la funzione del linguaggio non era gravemente disturbata, ha dovuto riconoscere che ciò non è possibile sostenere in modo apodittico; e che perciò queste vie verboarticolari, sebbene in piccola quantità, passano talvolta anche attraverso il nucleo lenticolare destro.

Il Mingazzini cioè dallo studio di alcuni di questi casi (quali quelli descritti da Bernheim, Righetti, Gordon, Beduschi) ne deduce che ora non si può

più dubitare della possibilità che in alcuni (benché rari) casi le vie verboarticolari, almeno in parte, passino anche per il nucleo lenticolare destro, ciò che non sarebbe spiegabile, qualora la funzione del linguaggio risiedesse esclusivamente nell'emisfero sinistro, o che essa nei destrimani mai avesse il suo posto nell'emisfero destro.

Infatti in questi ultimi anni sono stati raccolti da altri autori, come anche da Mingazzini, numerosi esempi che forniscono la prova che il territorio del linguaggio funzioni talvolta in eguale grado in ambedue gli emisferi e che perfino nei mancini la zona del linguaggio talvolta risieda quasi esclusivamente nell'emisfero sinistro, come talvolta non mancano esempi, nei quali la suddetta zona predomini nel destro emisfero.

In tutti funzionano, dice Mingazzini, le vie decorrenti nella zona verbomotoria di destra, negli adulti destrimani per le interiezioni o per il linguaggio involontario in maniera tale che, qualora lo stato di nutrizione sia migliore, esse fino ad un certo punto (non per una funzione vicariante *in sensu strictiori* ma per aumento di esercizio) potrebbero appropriarsi di nuovo tutta la funzione del linguaggio, che esse esercitavano nella età infantile e che in molti uomini (specie negli ambidestri) persisterebbero nella età adulta. Nessuna meraviglia dunque, che, vicino ad un numero molto grande di casi, nei quali la lesione del nucleo lenticolare di sinistra dà origine ora ad una disartria (sotto le condizioni sopra manifestate) ora ad una afemia, alcuni (molto rari) vi siano, nei quali le vie veboarticolari *in toto* o quasi totalmente, decorrono nel lenticolare destro. Si deve perciò ritenere possibile ed ammettere, in armonia col pensiero di Liep-

mann e di altri che fibre fasicomotorie, in piccola quantità, si dirigono dal sinistro al destro emisfero.

Esposte così per sommi capi le funzioni che al giorno di oggi si attribuiscono al *nucleus lenticularis*, credo non del tutto inutile riferire un caso, con autopsia, di lesione di detto nucleo di destra. Esso dimostra ancora una volta la fondatezza delle vedute di Mingazzini nella dottrina del linguaggio e dimostra che anche l'emisfero destro esercita una considerevole influenza nel meccanismo della parola articolata.

Storia clinica.

R. Erminio, di anni 59, coniugato, bracciante, da Todi, entrò nel Manicomio di Perugia il 19 maggio 1912 e vi morì il 9 giugno dello stesso anno.

Non fu possibile raccogliere dal paziente notizie anamnestiche estese e dettagliate a causa dell'indebolimento mentale e del disturbo del linguaggio di cui egli era affetto. Tuttavia dal modulo informativo che lo accompagnava al suo ingresso e dai parenti si potè stabilire che era *destrimano,* che in gioventù ha contratto blenorragia, che in prosieguo di tempo sofferse di stenosi uretrale e di cistite. Abusò in maniera notevole di vino e talora anche di liquori.

La malattia attuale rimonta al 1° aprile 1902; epoca nella quale il soggetto fu colto da *ictus apoplepticus*.

Quando riacquistò la coscienza egli si accorse di avere paralizzata la metà sinistra del corpo e che l'articolazione della parola era notevolmente difficoltata e disturbata. Il

medico che redasse il modulo informativo, parla infatti di *emiplegia sinistra accompagnata da disfasia.*

Dal 1902 all'inizio del 1912 il soggetto si mantenne abbastanza buono e tranquillo, tanto da permettere alla famiglia di tollerarlo e di tenerlo presso di sè.

Nel febbraio 1912 il paziente cominciò a soffrire di insonnia, a farsi irrequieto, clamoroso, collerico ed anche manesco. Il suo stato andò giornalmente peggiorando, ragione per cui i famigliari provvidero per il suo internamento nel Manicomio.

Status.

Condizioni generali di nutrizione deperite. Colorito della pelle e delle mucose visibili pallido. Costituzione scheletrica normale; masse muscolari flaccide. Nella regione anteriore del torace, e precisamente fra la linea sternale e parasternale, si nota una cicatrice a forma stellata, aderente all'osso. Catarro bronchiale diffuso. Cuore nei limiti normali: la punta batte nel V° spazio intercostale di sinistra ad un centimetro circa all'interno della linea mammillare; toni netti, accentuato il 2° sul focolaio aortico.

Le arterie accessibili alla vista ed alla palpazione si mostrano tortuose, rigide, dure. Polso pieno, ritmico; pressione alta. Esame degli organi addominali negativo. Urine non contenenti albumina nè zucchero.

Allo stato di riposo il sopraciglio sinistro è alquanto abbassato; l'apertura palpebrale da questo lato è meno ampia che a destra per lieve ptosi. Anche la costrizione delle palpebre si compie meglio a destra che non a sinistra. Normali i movimenti dei globi oculari. La plica

naso-labiale di sinistra è assai meno evidente della destra, e nell'atto di digrignare i denti e di fischiare la motilità sinistra della faccia è notevolmente diminuita. La lingua, in istato di riposo, non appare né deviata, nè atrofica: il paziente la protunde senza difficoltà e la muove in ogni direzione. La motilità del palato molle è bene conservata; normale poi è la masticazione e la deglutizione. I movimenti attivi e passivi del capo non presentano deviazioni dalla normalità.

Nell'arto superiore destro non si notano atteggiamenti speciali, nè disturbi trofici. La forza muscolare è sufficientemente conservata; i movimenti attivi sono tutti possibili e completi, mentre i movimenti passivi non oppongono abnorme resistenza. Lo stesso dicasi per quanto riguarda l'arto inferiore destro.

A carico dell'arto superiore sinistro si nota: il braccio fortemente abdotto e aderente al torace; l'avambraccio flesso sul braccio ad angolo ottuso, la mano in flessione e pronazione; le dita flesse. Esiste un modico grado di ipotrofia delle masse muscolari. All'infuori di qualche limitatissimo movimento di adduzione e di abduzione del braccio, manca iu ogni segmento qualsiasi accenno a motilità attiva dell' arto in parola. I movimenti passivi oppongono una notevolissima resistenza, invincibile, qualunque sia la intensità dello sforzo.

I tentativi di imprimere all'arto paralizzato movimenti passivi non risvegliano, nel paziente, alcun dolore. Anche nell'arto inferiore sinistro i movimenti attivi sono limitatissimi, mentre, d'altro canto, i passivi oppongono notevole resistenza. L'arto è rigido ed il piede in posizione

medico che redasse il modulo ìnformativo, parla infatti di *emiplegia sinistra accompagnata da disfasia.*

Dal 1902 all'inizio del 1912 il soggetto si mantenne abbastanza buono e tranquillo, tanto da permettere alla famiglia di tollerarlo e di tenerlo presso di sè.

Nel febbraio 1912 il paziente cominciò a soffrire di insonnia, a farsi irrequieto, clamoroso, collerico ed anche manesco. Il suo stato andò giornalmente peggiorando, ragione per cui i famigliari provvidero per il suo internanamento nel Manicomio.

Status.

Condizioni generali di nutrizione deperite. Colorito della pelle e delle mucose visibili pallido. Costituzione scheletrica normale; masse muscolari flaccide. Nella regione anteriore del torace, e precisamente fra la linea sternale e parasternale, si nota una cicatrice a forma stellata, aderente all'osso. Catarro bronchiale diffuso. Cuore nei limiti normali: la punta batte nel V° spazio intercostale di sinistra ad un centimetro circa all'interno della linea mammillare; toni netti, accentuato il 2° sul focolaio aortico.

Le arterie accessibili alla vista ed alla palpazione si mostrano tortuose, rìgide, dure. Polso pieno, ritmico; pressione alta. Esame degli organi addominali negativo. Urine non contenenti albumina nè zucchero.

Allo stato di riposo il sopraciglio sinistro è alquanto abbassato; l'apertura palpebrale da questo lato è meno ampia che a destra per lieve ptosi. Anche la costrizione delle palpebre si compie meglio a destra che non a sinistra. Normali i movimenti dei globi oculari. La plica

naso-labiale di sinistra è assai meno evidente della destra, e nell'atto di digrignare i denti e di fischiare la motilità sinistra della faccia è notevolmente diminuita. La lingua, in istato di riposo, non appare né deviata, nè atrofica: il paziente la protunde senza difficoltà e la muove in ogni direzione. La motilità del palato molle è bene conservata; normale poi è la masticazione e la deglutizione. I movimenti attivi e passivi del capo non presentano deviazioni dalla normalità.

Nell'arto superiore destro non si notano atteggiamenti speciali, nè disturbi trofici. La forza muscolare è sufficientemente conservata; i movimenti attivi sono tutti possibili e completi, mentre i movimenti passivi non oppongono abnorme resistenza. Lo stesso dicasi per quanto riguarda l'arto inferiore destro.

A carico dell'arto superiore sinistro si nota: il braccio fortemente abdotto e aderente al torace; l'avambraccio flesso sul braccio ad angolo ottuso, la mano in flessione e pronazione; le dita flesse. Esiste un modico grado di ipotrofia delle masse muscolari. All'infuori di qualche limitatissimo movimento di adduzione e di abduzione del braccio, manca iu ogni segmento qualsiasi accenno a motilità attiva dell' arto in parola. I movimenti passivi oppongono una notevolissima resistenza, invincibile, qualunque sia la intensità dello sforzo.

I tentativi di imprimere all'arto paralizzato movimenti passivi non risvegliano, nel paziente, alcun dolore. Anche nell'arto inferiore sinistro i movimenti attivi sono limitatissimi, mentre, d'altro canto, i passivi oppongono notevole resistenza. L'arto è rigido ed il piede in posizione

varoequina. Il paziente non si regge in piedi e non può deambulare.

Per quanto riguarda la *motilità riflessa* e la *sensibilità* ho notato:

Pupille piuttosto ristrette, uguali, a contorno regolare, bene reagenti alla luce e all'accomodazione. Negli arti superiori i riflessi tendinei sono vivacissimi, ma a sinistra lo sono più che a destra, ed è manifesto il clono della mano. Il rotuleo e l'achilleo, a sinistra, sono oltremodo vivaci; esiste, da questo lato, clono del piede e fenomeno caratteristico di Babinski. A destra il rotuleo e l'achilleo sono piuttosto vivaci. Non si provocano i riflessi cutanei addominali nè i cremasterici. Gli stimoli tattili, dolorifici e termici vengono nella metà sinistra percepiti meno intensamente che nella omologa di destra. A carico dei sensi specifici é da notarsi la esistenza di cataratta a carico dell'occhio destro.

Linguaggio.

Il paziente comprende i comandi e li eseguisce esattamente:

Apri la bocca — *Esegue*.
Mostra la lingua — *Esegue*.
Chiudi gli occhi — *Esegue*.
Dammi la mano — *Esegue*.
Toccati colla mano destra l'orecchio sinistro — *Esegue*.
Prendi il fazzoletto e soffiati il naso — *Esegue*.

Il soggetto è in grado di parlare spontaneamente, però il suo linguaggio appare alquanto impacciato: in lui si notano disartrie consistenti in ispecial maniera nel difetto di esplosione delle singole parole. Si deve però notare che la disartria non impedisce del tutto, a chi ascolta, la comprensione delle parole e delle frasi emesse dal paziente. Si nota ancora qualche parafasia. Il paziente ripete con esattezza (astrazione fatta dal disturbo disartrico) le parole che gli vengono enunciate, dimostrando anche di comprenderne il valore.

Il malato riconosce prontamente gli oggetti che gli si presentano, sa anche l'uso di essi, mentre prova qualche difficoltà nel rievocarne il nome relativo.

Non è possibile praticare un esame più particolareggiato del linguaggio, perchè il soggetto è analfabeta.

Note psichiche.

Il paziente presenta uno stato, non grave, di indebolimento mentale. Ha la fisonomia di un uomo piuttosto sofferente, il suo umore talora è apatico, talora collerico. In questo stato il R. Erminio si fa irrequieto e clamoroso. Si nota, oltre ad un certo grado di emotività patologica, lo scoppio in accessi di pianto immotivato, che rivestono i caratteri del pianto spastico. È sudicio. Le percezioni si compiono con sufficiente prontezza, ed esattezza. La rievocazione dei ricordi è abbastanza buona; si nota però difficoltà nel rievocare i nomi degli oggetti. La vita sentimentale è assai scarsa. Egli non si preoccupa della famiglia nè del suo stato morboso.

L'orientamento è buono.

Riassunto della storia clinica.

Uomo di 59 anni, fortissimo bevitore, *destrimano*. Il 1° aprile 1912 *ictus apoplepticus*, che lasciò quali residui:

Emiplegia spastica, non dolorosa, a sinistra — Paresi grave VII° inferiore sinistro — Ptosi lieve della palpebra sinistra — Ipoestesia ed ipoalgesia del lato sinistro — Clono della mano e del piede sinistro; sintomo di Babinski dallo stesso lato — Disartria di modico grado — Qnalche parafasia — Difficoltà nel rievocare i nomi degli oggetti — Pianto spastico — Indebolimento delle facoltà intellettuali.

Considerazioni diagnostiche.

Il quadro sintomatologico surriferito era tale da farci senza discussione escludere una malattia funzionale. Della malattia organica erano segni sicuri: la presenza dell'emiplegia spastica, la paresi del VII inferiore sinistro, il clono della mano e del piede sinistro, il fenomeno di Babinski dallo stesso lato; disturbi questi incompatibili con una paralisi di origine isterica.

In quale segmento del nevrasse doveva quindi trovarsi la lesione? Indubbiamente la sede di questa non poteva essere spinale: la paresi del VII, la presenza delle disartrie e di altri disturbi della parola, la mancanza di sintomi spinali caratteristici la escludevano *a priori*.

È certo dunque che doveva trattarsi di una lesione a carico della massa cerebrale. Detta lesione non poteva addebitarsi alla corteccia per mancanza di paralisi disso-

ciata ; nè poteva dipendere da lesione mesencefalica, ponte e *pes pedunculi*, perchè la paralisi non era alterna.

La lesione evidentemente doveva interessare la capsula interna nel suo braccio posteriore. Per questo segmento infatti passano le vie motrici e le fibre del facciale inferiore ; di più, come appunto è avvenuto nel caso attuale, le emiplegie di origine capsulare sono a tipo spastico. I lievi disturbi della sensibilità generale (tatto e dolore) stanno in rapporto con detta lesione e si spiegano per la vicinanza del *carrefour sensitive* col segmento posteriore della capsula interna.

Dunque, nel caso in esame, doveva indubbiamente trattarsi di malacia della capsula interna. Detta malacia non doveva interessare il talamo ottico perchè la emiplegia non era dolorosa. Ma il disturbo del linguaggio (disartria, parafasie, ecc.) rilevato nel paziente come si spiega ?

Essendo stato unico l' *ictus apoplepticus,* unica presumibilmente doveva essere la lesione.

Richiamando quindi le conoscenze, che più sopra ho cercato di riassumere, relative alle funzioni attribuite al *nucleus lenticularis* mi parve ovvio ritenere che la spiccata tendenza al pianto spastico e le disartrie non gravi presentate dal paziente (giacchè anche l'emisfero destro porta il suo contributo nel meccanismo del linguaggio in quanto sono anatomicamente bene costituiti fino dalla nascita e tali rimangono in tutto il tempo della loro vita sia gli apparati nervosi della regione destra di Broca, sia le loro connessioni con i nuclei bulbari) dipendessero dal fatto che la lesione interessante la metà posteriore della capsula interna destra doveva avere distrutta note-

vole porzione della metà posteriore del nucleo lenticolare omologo.

La lesione doveva averne risparmiata la metà anteriore inquantochè nel paziente non vi era accenno alcuno di disturbo del senso muscolare. Come abbiamo infatti notato più avanti la *pseudomelia parestesica* coincide colla lesione della metà anteriore del nucleo lenticolare, mai con quella limitata al suo segmento posteriore.

Inoltre se la lesione avesse anche distrutta la metà anteriore del nucleo in parola, le disartrie avrebbero dovuto avere la impronta di una assai maggiore gravità.

Di più la non gravità della disartria era la riprova che il paziente era un destrimano perchè, in caso diverso, la disartria sarebbe stata molto grave e sarebbe giunta alla vera o propria anartria, inquantochè colla distruzione dei due terzi posteriori del *lenticularis* sarebbe stato messo fuori funzione tutto il secondo ordine di vie (fibre verbo articolari di Mingazzini articolantisi con le fasico-motorie provenienti dalla F_3, dalla parte anteriore dell' insula e forse dalla circonvoluzione precentrale controlaterale) che questa porzione appunto attraversano per ramificarsi poi intorno ai nuclei bulbari del VII e del XII.

Restavano a spiegarsi la lieve limitazione della parola spontanea, le parafasie e la difficoltà nel rievocare i nomi degli oggetti.

Questi disturbi io li interpretai come fenomeni a distanza, cioè come ripercussione sull' estremo anteriore del *putamen* per quanto riguarda la limitazione della parola spontanea: e gli altri due disturbi dipendenti da ripercussione sui giri dell' *insula*.

In quanto alla natura dell'affezione esclusi subito una

neoformazione per il modo come insorse la malattia, per il decorso, per la sua durata, e per la mancanza di altri sintomi di tumore endocranico. Non rimaneva quindi che pensare ad una emorragia cerebrale a carico della lenticulo-striata di destra. Che fosse una emorragia e non una trombosi mi persuasi pensando che non vi furono disturbi prodromici, e che vi fu *ictus* con perdita di coscienza durante uno stato di salute eccellente.

Formulai quindi la seguente diagnosi clinica: *Malacia interessante la capsula interna di destra (braccio posteriore) ed i $^2/_3$ posteriori del nucleo lenticolare di destra.*

Il paziente morì il 9 maggio 1912 ed il prof. U. Rossi, ne praticava l'autopsia il giorno seguente.

La diagnosi anatomopatologica che Egli fece, é la seguente: « *Emisfero sinistro integro. Nell'emisfero destro: Focolaio emorragico di data antica ben delimitato, interessante la metà posteriore del nucleo lenticolare destro ed il tratto corrispondente del braccio posteriore della capsula interna. Numerosi tagli frontali non misero in evidenza nessun'altra lesione* » (1).

La diagnosi anatomopatologica corrispondeva quindi perfettamente alla diagnosi clinica, il che dimostra che i concetti seguiti, sulla falsariga delle vedute di Mingazzini, avevano una volta ancora bene corrisposto.

Il caso in parola ribadisce e dimostra giusta l'opinione di Gudden, di Moutier, di Mingazzini, per ci-

(1) Un disgraziato incidente mi ha tolta l'opportunità di studiare istologicamente i tagli in serie. Posso dire però che i pezzi salvati ed in qualche modo usufruibili hanno dimostrato che la regione verbomotoria corticale e sottocorticale di sinistra, come pure quella lenticolare dello stesso lato, erano istologicamente integre.

vole porzione della metà posteriore del nucleo lenticolare omologo.

La lesione doveva averne risparmiata la metà anteriore inquantochè nel paziente non vi era accenno alcuno di disturbo del senso muscolare. Come abbiamo infatti notato più avanti la *pseudomelia parestesica* coincide colla lesione della metà anteriore del nucleo lenticolare, mai con quella limitata al suo segmento posteriore.

Inoltre se la lesione avesse anche distrutta la metà anteriore del nucleo in parola, le disartrie avrebbero dovuto avere la impronta di una assai maggiore gravità.

Di più la non gravità della disartria era la riprova che il paziente era un destrimano perchè, in caso diverso, la disartria sarebbe stata molto grave e sarebbe giunta alla vera o propria anartria, inquantochè colla distruzione dei due terzi posteriori del *lenticularis* sarebbe stato messo fuori funzione tutto il secondo ordine di vie (fibre verbo articolari di Mingazzini articolantisi con le fasico-motorie provenienti dalla F_3, dalla parte anteriore dell' insula e forse dalla circonvoluzione precentrale controlaterale) che questa porzione appunto attraversano per ramificarsi poi intorno ai nuclei bulbari del VII e del XII.

Restavano a spiegarsi la lieve limitazione della parola spontanea, le parafasie e la difficoltà nel rievocare i nomi degli oggetti.

Questi disturbi io li interpretai come fenomeni a distanza, cioè come ripercussione sull' estremo anteriore del *putamen* per quanto riguarda la limitazione della parola spontanea: e gli altri due disturbi dipendenti da ripercussione sui giri dell' *insula*.

In quanto alla natura dell'affezione esclusi subito una

neoformazione per il modo come insorse la malattia, per il decorso, per la sua durata, e per la mancanza di altri sintomi di tumore endocranico. Non rimaneva quindi che pensare ad una emorragia cerebrale a carico della lenticulo-striata di destra. Che fosse una emorragia e non una trombosi mi persuasi pensando che non vi furono disturbi prodromici, e che vi fu *ictus* con perdita di coscienza durante uno stato di salute eccellente.

Formulai quindi la seguente diagnosi clinica: *Malacia interessante la capsula interna di destra (braccio posteriore) ed i $^{2}/_{3}$ posteriori del nucleo lenticolare di destra.*

Il paziente morì il 9 maggio 1912 ed il prof. U. Rossi, ne praticava l'autopsia il giorno seguente.

La diagnosi anatomopatologica che Egli fece, é la seguente: « *Emisfero sinistro integro. Nell'emisfero destro: Focolaio emorragico di data antica ben delimitato, interessante la metà posteriore del nucleo lenticolare destro ed il tratto corrispondente del braccio posteriore della capsula interna. Numerosi tagli frontali non misero in evidenza nessun'altra lesione* » (1).

La diagnosi anatomopatologica corrispondeva quindi perfettamente alla diagnosi clinica, il che dimostra che i concetti seguiti, sulla falsariga delle vedute di Mingazzini, avevano una volta ancora bene corrisposto.

Il caso in parola ribadisce e dimostra giusta l'opinione di Gudden, di Moutier, di Mingazzini, per ci-

---

(1) Un disgraziato incidente mi ha tolta l'opportunità di studiare istologicamente i tagli in serie. Posso dire però che i pezzi salvati ed in qualche modo usufruibili hanno dimostrato che la regione verbomotoria corticale e sottocorticale di sinistra, come pure quella lenticolare dello stesso lato, erano istologicamente integre.

tare i più noti, che cioè anche nei destrimani l'emisfero destro, per quanto concerne il linguaggio, esercita un ufficio considerevole; che pure il nucleo lenticolare di destra ha una notevole funzione nell'articolazione della parola, e che la distruzione di una parte considerevole di esso rompe l'armonia fra i due centri articolari del linguaggio, ragione per cui la esplosione della parola resta alquanto difficoltata e l'articolazione di essa in qualche modo inceppata.

Dunque è vero che il lenticolare destro (anche nei destrimani) prende parte alla articolazione della parola; come pure è confermato che le vie psico-talamiche decorrono attraverso il corpo striato e probabilmente, anzi certo, solo attraverso il *putamen*.

Se la malacia dunque fosse stata a carico della porzione posteriore del *putamen* di sinistra avremmo avuta una vera e propria anartria, avemmo invece la produzione di lieve disartria perchè la distruzione interessò soltanto la metà posteriore del *putamen* destro; il che, lo ripetiamo, viene a confermare l'opinione di Mingazzini, che cioè attraverso il *putamen* di destra passa una quantità minima, ma pure apprezzabile, di vie articolari.

BIBLIOGRAFIA

Anton, cit. da Costantini, loc. cit.

Bechterew, Eigenartige Vertheilung von Paralyse der Sensibilität und Motilität ecc. *Neurol. Westn.* 2 H. 1894.

Bechterew, Pseudomelia paraesthetica als Symptom einer Cerebral affection im Gebiete der Linsenkernes. *Neurol. Centralbl.* N. 17, 1905.

Biancone, Contributo alla fisiopatologia del nucleo lenticolare. *Riv. di Patol. nerv. e ment.,* anno XIII, fasc. 9.

Byron Bramwell, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Besta, Un caso di afasia motrice, ecc. *Morgagni,* 1906.

Charcot, Cit. da Costantini, loc. cit.

Costantini, Le lesioni del nucleo lenticolare in rapporto all'afasia e all'anartria. *Riv. di Patol. nerv. e ment.,* 1911, Fasc. 4.

Costantini, Sul riso e pianto spastico. *Riv. di Pat. nerv. e ment.,* anno XV, Fasc. 5.

Dercum, cit. da Costantini, loc. cit.

Dana, The functions of the corpora striata, ecc. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* n. 2. 1918.

Dejerine, Semeiologia del sistema nervoso. *Trattato di Patol. gen., Traduz. ital·,* vol. 5, parte II.

Dejerine. L'aphasie motrice et sa localisation corticale (deux cas d'aphasie motrice par lésion de la circonvolution de Broca suivis d'autopsie). *L'Encéphale,* n. 5, mai 1907.

Dejerine, Discussion sur l'aphasie, *Revue neurologique,* 1908.

Darkschewich, cit. da Costantini, loc. cit.

Franceschi. Sul meccanismo patologico del riso e del pianto spastico, ecc. *Riv. di patol. uerv. e mentale,* fasc. 4, 1911.

Frey, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Farge, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Gudden, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Gowers, Manuale delle malattie del sistema nervoso. *Trad. ital.* Vol. 2, 1895.

Giannulli, Sulla patologia del nucleo lenticolare. *Riv. Sperim. di Fren.* Vol. XXXIII, Fasc. 2 e 8.

Giannulli, L'insula di Reil in rapporto all'anartria ed al- l'afasia. *Riv. sperim. Fren.* Vol. XXXIV, Fasc. 3.

Goldstein. cit. da Costantini, loc. cit.

Giannelli. Contributo allo studio del « risus spasmodicus » *Policlinico (sez. Pratica)*, 1907.

Homen, cit. da Costantini, loc. cit.

Henschen, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Kirchoff, cit. da Costantini, loc. cit.

Iacobs, cit. da Costantini, loc. cit.

Moutier, L'aphasie de Broca. Paris, Steinheil, 1908.

Marie P., Revision de la question de l'aphasie: la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la function du langage. *La Semaine médicale.* N. 21, 1906.

Marie P., Discussion sur l'aphasie. *Revue neurologique*, 1909.

Meynert, cit. da Costantini, loc. cit.

Monakow, cit. da Costantini, loc. cit.

Mingazzini. Sulla sintomatologia delle lesioni del nucleo lentiforme. *Riv. sper. di Fren.* Vol. 28.

Mingazzini, Les aphasies de conduction en rapport avec la nouvelle theorie de Pièrre Marie. *L'Encephale,* n. 1, 1908.

Mingazzini, Lezioni di anatomia clinica. Torino, 1908.

Mingazzini, Le afasie. *Atti del 1. congresso della Soc. di Neurol. Ital.,* in Napoli, 1910.

Mingazzini, Ueber den Verlanf einiger Hirnbahnen und besonders der motorische Sprachbahnen. Klinische und pathologisc-anatomische Untersuchungen. *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankeiten.* Band. 51, Heft 1.

Mills and Spiller, The symptomatology of lesion of the lenticular zone with some discussion of the pathology of aphasia. *The Journal of nervous and mental. Disease,* 1907.

Mattirolo, Semeiologia delle malattie nervose. *Unione tipografica editrice torinese,* 1910.

Nothnagel, cit. da Costantini loc. cit.

Oppenheim. Trattato delle malattie nervose. Soc. editr. libraria, 1906.

Ostankow, cit. da Costantini, loc. cit.

Oppenheim, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Piazza, Contributo clinico ed anatomopatologico alle lesioni del nucleo lenticolare. *Riv· di pat. nerv. e ment.,* anno XI, Fasc. 2.

Parhon, cit. da Costantini, loc. cit.

Preobraschensky, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Sciuti, Le varie forme di lesioni lacunari del sistema nervoso nelle malattie mentali. *Annali di Nevrologia,* XXIV.

Senator, cit. da Mingazzini, loc. cit.

Ugolotti, Sopra un caso di lesione dei nucleo lenticolare di sinistra. *Riv. di Patol. nerv. e ment.,* anno XVI, Fasc. 8.

Vood, cit. da Mingazzini, loc. cit.

MANICOMIO PROVINCIALE DELL'UMBRIA IN PERUGIA

Diretto dal Prof. CESARE AGOSTINI

Sopra due casi di tumori interessanti i lobi frontali

(Osservazioni cliniche, anatomopatologiche e medico-legali)

(Dal volume giubilare in onore di **L. Bianchi**).

Rendo noto due casi di tumori a carico dei lobi frontali che ho potuto seguire e studiare sia dal lato clinico che anatomo-patologico, mentre uno di questi presenta, perchè rinvenuto in soggetto criminale omicida, particolare interesse nei rapporti medico-legali.

Caso I. — M. A. di anni 46 da Città di Castello, di condizione colona, povera, veniva accolta al Manicomio il 23 marzo 1905. Nulla nel gentilizio che meriti speciale menzione. Ha quattro figli viventi e sani, altri tre sono morti non sappiamo a quale età e per quale malattia. Ha sempre atteso ai lavori campestri e alle faccende domestiche. A 38 anni soffrì di polmonite di cui guarì perfettamente; nessuna traccia di pellagra per quanto si sia nutrita in prevalenza di granturco.

Nell'autunno del 1900 cominciò ad avvertire un indebolimento della facoltà visiva più accentuato nell'occhio destro, indebolimento che andò progressivamente aumentando finchè dopo un paio di mesi divenne del tutto cieca.

Di questa sventura si dolse assai, divenne triste e manifestò qualche proposito suicida. Da buona ed affettuosa divenne irritabile, indifferente verso i proprii figli, egoista, apatica, ed insieme al profondo cambiamento del carattere essendosi accentuato lo stato di torpore e di indebolimento mentale, venne inviata al Manicomio.

Status. — 23 marzo 1905. L'inferma presenta amaurosi completa, pupille midriatriche, oftalmoparesi, mancanza di riflesso-irideo, lieve esoftalmo.

La sensibilità olfattiva è notevolmente diminuita, ottusa quella gustativa, normale la uditiva; la sensibilità tattile, dolorifica, termica ripetutamente esaminate non presentano alterazioni degne di rilievo. Normale il senso muscolare, piuttosto ottuso il senso stereognostico. I riflessi tendinei superiori ed inferiori sono piuttosto vivaci; i movimenti attivi sono tutti possibili, ma si compiono lentamente e la forza muscolare risulta diminuita. Messa in piedi e fatta camminare non presenta alcun disturbo nella locomozione, ma si stanca facilmente.

All'esame oftalmoscopico si rivela atrofia bianca della papilla con contorni indistinti, vasi venosi rigonfi, tortuosi gli arteriosi.

Dal lato psichico si nota lentezza della percezione, rallentamento della associazione delle idee, nel resto normali, fortemente indebolita la memoria, torpore dell' attività conativa, indifferenza sentimentale : indebolimento *in toto* del tono e dell' attività psichica.

Il suo contegno apatico d'ordinario, a scatti si faceva stravagante ed impulsivo. Interrompeva talora l' abituale taciturnità con qualche risata sciocca.

In proseguo è andata di mese in mese peggiorando con rapidità fino a cadere in uno stato di profonda demenza, con resistenza ad assumere il cibo; sono comparse piaghe da decubito e alla fine circa del mese di gennaio 1906, l'inferma viene colpita d'accessi epilettiformi che ne peggiorano le condizioni fisiche, fintantochè cessa di vivere per marasmo il 22 febbraio.

Diagnosi. — I fenomeni a focolaio quali la cecità completa, la papilla da stasi, l'oftalmo-paresi, il leggero esoftalmo, la diminuita sensibilità olfattiva; insieme al fatto della riduzione in toto dell' attività psichica e particolarmente dell' indebolimento progressivo della memoria, del cambiamento del carattere hanno permessa la diagnosi di *neoplasma della fossa cerebrale anteriore*, e più particolarmente dei lobi frontali.

Autopsia. — (24 ore post-mortem) — L'autopsia praticata il 23 febbraio dette i seguenti risultati : Cadavere in condizione dì estrema denutrizione. Estese piaghe da decubito alle regioni sacro - iliache. Polmoni piccoli, retratti, con aderenze pleuriche resistenti, di antica data a sinistra. Cuore sano e così pure sani i visceri addominali.

Ossa del cranio normali. Tolta la calotta si osservano sulla superficie della dura madre, prevalentemente a sinistra, granulazioni liscie di colore rosa pallido, di varia grandezza, alcune grosse come un grano di miglio, altre come una lenticchia. Incisa la membrana si vede che queste granulazioni possiedono una specie di peduncolo, facilmente lacerabile, fatto di un tessuto simile per colorito e consistenza alla sostanza nervosa, che si impianta attraverso la pia, sulla corteccia cerebrale. Palpando la massa encefalica si nota che essa offre una considerevole durezza nella regione frontale, ove si lascia facilmente lacerare anche ad una leggera pressione.

Nell'asportare l'encefalo, i lobi frontali si distaccano con somma difficoltà dalla parte corrispondente del cranio alla quale sembrano tenacemente aderire. Separate le due parti con ogni delicatezza e precauzione, appare subito un tumore grosso quanto un arancio di media grandezza, assai duro, penetrato nell' interno dei lobi frontali della cui sostanza nervosa sembra essersi fatta, nella faccia

superiore, un rivestimento a guisa di callotta, in alcuni punti assottigliatissima. (Vedi fig. 1-2-3-4).

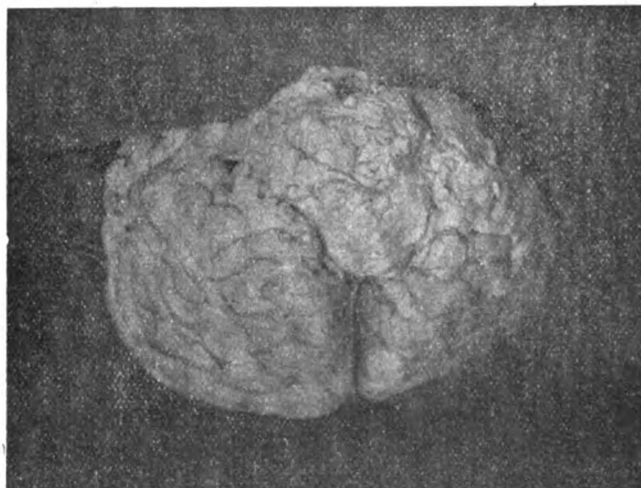


Fig. 1a

Questo tumore rotondeggiante, a superficie bernoccoluta, presenta nel centro della faccia inferiore una escavazione imbutiforme entro la quale è accolto un processo osseo, conico, un po' appiat-

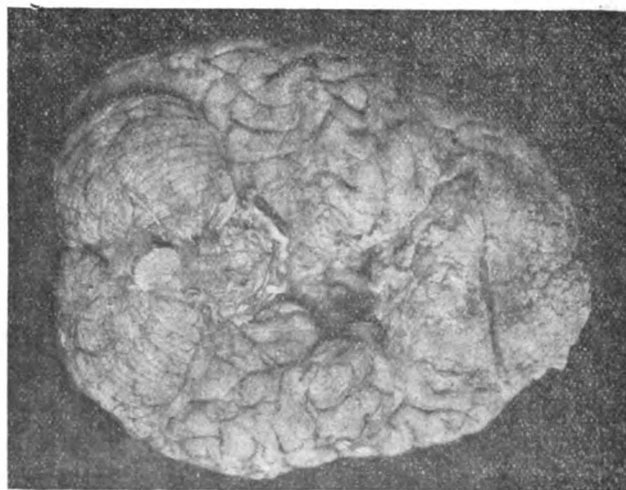


Fig. 2a

tito in senso antero - posteriore, il quale con base discretamente ampia si impianta sul punto della superficie interna del cranio sul

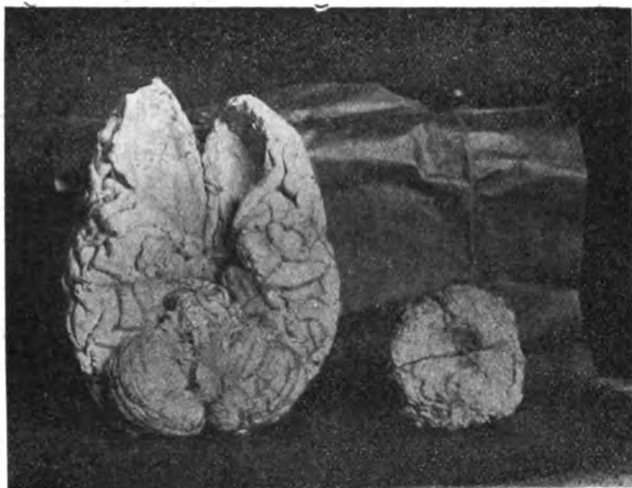


Fig. 3ª

quale riposa il chiasma. Il chiasma appare completamente distrutto e così pure il bulbo e il corrispondente tratto olfattivo di sinistra. Il tumore si enuclea facilmente dalla cavità che si è scavata nella

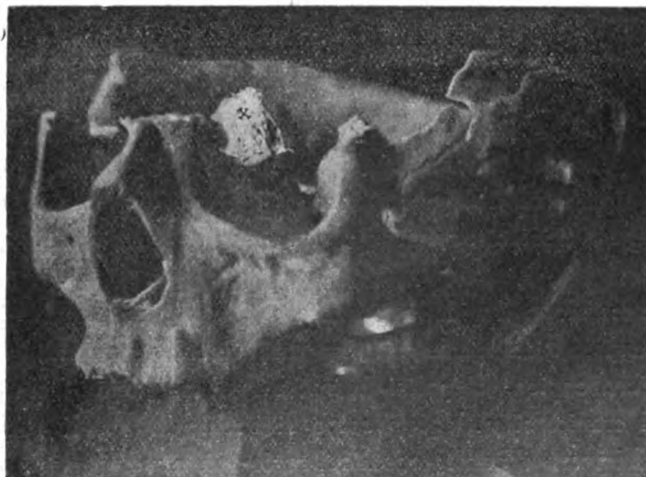


Fig. 4ª

massa nervosa dei lobi frontali; nei punti in cui questa era ridotta sottilissima esistevano intimi rapporti vascolari tra essa e il tumore. Tolto questo, appare in tutta la sua ampiezza la profonda escavazione esistente sulla superficie orbitaria dei lobi frontali; essa è a carico di ambedue, ma è più profonda nel destro e interessa maggiormente la porzione prefrontale che è in parte usurata, in parte ridotta a parete sottile. La superficie interna di detta escavazione appare irregolare, con rilievi e depressioni poco marcate, corrispondenti alle irregolarità, esse pure lievi, notate sulla superficie del tumore.

A destra tutti i giri e cioè i due giri retti *medialis* e *lateralis,* il *lobulus orbitalis,* il *bulbus olfactorius* sono del tutto scomparsi; resta molto assottigliata però, la porzione più posteriore del corrispondente *tractus olfactorius*. A sinistra è rimasta invece intatta la porzione laterale del *lobulus orbitalis,* ma sono ugualmente che a destra scomparsi il *bulbus,* e buona parte del *tractus olfactorius*.

Atrofiche ambedue le bandellette ottiche e di colore grigiastro. Tutto ciò che sta al davanti e al disopra del chiasma, ossia sostanza perforata anteriore, lamina terminale, peduncoli del corpo calloso, area paraolfactoria di Broca, sembra non abbiano molto sofferto per la compressione dal tumore esercitata.

L' ipofisi era conservata; appariva però come ridotta ad una lamina piuttosto sottile foggiata a guisa di scodella; era pure conservato il suo peduncolo. Il cervello compresa la pia pesava gr. 1320; il peso del tumore era di gr. 160.

Nel rimanente dell'encefalo nulla di notevole. Nel midollo spinale qualche piccolo focolaio di rammollimento specie nel segmento lombare.

L' encefalo e il midollo vennero conservati in formalina e così pure il tumore, dal quale vennero tolti piccoli frammenti per l' esame microscopico. L' ipofisi fu trattata col metodo di Benda. Macerato il cranio si vedono a colpo di occhio le grandi rovine indotte dal tumore il quale, cosa del resto già avvertita all'autopsia, non occupava solo la fossa cranica anteriore, ma si estendeva

anche alla media. Così le volte orbitarie appariscono completamente distrutte, non più traccia di apofisi cristagalli, di lamina cribata dell' etmoide; i seni etmoidali sono allo scoperto e così la parte più alta delle cavità nasali, distrutti i cornetti superiori e la parte superiore del vomere; in questo punto la regione della fossa cranica anteriore si presenta profondamente incavata.

Non si scorge più traccia della sella turcica e i seni sfenoidali sono allo scoperto. Sebbene deformate appariscono conservate le apofisi clinoidee anteriori e subito al davanti di esse un processo osseo, di forma conica, un po' appiattito in senso antero posteriore a superficie rugosa, di aspetto spugnoso, dovuto a un gran numero di piccoli fori, alto mm. 13 circa. Foro lacero anteriore più ampio a destra che a sinistra.

Esame microscopico. — Per ciò che riguarda il tumore le cui sezioni vennero colorite con emallume ed eosina, esso appare costituito da connettivo abbondante in mezzo al quale trovansi elementi cellulari prevalentemente a forma fusata; non mancano però qua e la, irregolarmente sparse, cellule molto voluminose, rotondeggianti, con nucleo pure esso voluminoso, abbondantemente provvisto di sostanza cromatica.

Nella ipofisi, i rapporti tra i due lobi sono cambiati. Il lobo nervoso impiccolito, di forma sferica sta applicato, in un punto del bordo superiore del lobo epiteliale, il quale, come abbiamo già notato, ha la forma di scodella. Questo fatto che ha la sua spiegazione nella compressione esercitata dal neoplasma, non ha minimamente influito sulla funzionalità dell' organo la quale, a giudicare dai caratteri istologici, appare normale.

Diagnosi anatomica. — Sarcoma della dura madre, interessante la fossa cerebrale anteriore.

Caso II. — P. Vincenzo, di anni 47 bracciante. Il padre morì per carcinoma, la madre per epilessia, una sorella per malattia cardiaca; mentre buona salute godono tre fratelli ed una sorella tuttora viventi. Nulla si è potuto sapere dal lato ereditario, nè diretto, nè collaterale. Per quanto riguarda l'anamnestico il paziente

non ricorda di aver sofferto che a lunghi intervalli di qualche febbre reumatica, e qualche volta di aver abusato di vino.

Da un paio d'anni soffriva di cefalalgia, e di qualche rara vertigine. Si era notato un cambiamento notevole del carattere, sopratutto nel senso che si era fatto strano, irritabile e attaccabrighe.

Il 26 maggio 1907, veniva invitato da un cantoniere comunale ad eseguire alcuni lavori di sterro, e perciò aveva preso in consegna una carriuola con gli utensili. Poco appresso, non si sa per quali ragioni, il cantoniere riprendeva tali oggetti. Nacque un diverbio: il P. tratto un coltello a serramanico, gli vibrava un colpo mortale nella regione cardiaca.

In seguito alla perizia medico - legale da me fatta, essendo, oltre le vertigini che egli accusava in precedenza, sopravvenuto nel carcere un attacco notturno d' epilessia venne prosciolto dall' accusa e aggregato al manicomio.

Status — (25 agosto 1907) Costituzione scheletrica regolare, — buone condizioni di nutrizione generale — masse muscolari ben sviluppate — esame degli organi toracici ed addominali negativo.

Nulla a carico del facciale e dei movimenti dei globi oculari. Normali i movimenti della lingua. Gli arti superiori e inferiori non mostrano speciali atteggiamenti, nè disturbi trofici. I movimenti attivi e passivi, si compiono da ambo i lati normalmente. La forza muscolare è notevole in ambedue i lati. La deambulazione è normale ad occhi aperti, mentre ad occhi chiusi si nota lieve Romberg.

I riflessi rotulei sono piuttosto torpidi, così gli achillei. Pupille disuguali, la destra leggermente più ampia della sinistra e questa reagisce alla luce diffusa meno prontamente; la reazione all' accomodamento è uguale, ma lenta in ambedue.

Le sensibilità tattile, termica e dolorifica sono normali. Al tatto, vengono riconosciuti gli oggetti in rapporto ai loro attributi fisici. Ben conservato è il senso di posizione delle membra. La pressione sui nervi cranici e spinali non riesce dolorosa; mentre la cranio-percussione, in corrispondenza della bozza frontale destra, provoca molestia.

Visus Il visus sembra ben conservato d' ambo i lati. L'e-

same del campo visivo mostra un certo grado d' irregolarità e un notevole restringimento a destra; ben netta è la distinzione dei colori.

L' acutezza acustica è uguale da ambo i lati e ben conservata. Mentre i sapori vengono sufficientemente percepiti nei loro attributi, si nota un notevole grado d'ipoosmia specie a destra.

Esame psichico — Domina nel soggetto uno stato d' indifferenza e di apatia: è del resto lucido, bene orientato e sufficientemente corretto nei rapporti con gli infermieri e coi compagni. Ha talvolta degli scatti immotivati di collera, da cui però si rimette prontamente. Non chiede mai di uscire, di lavorare, nè mostra alcun desiderio di vedere quelli della famiglia.

Notevole è l' abbassamento del senso morale, nei rapporti giuridici e sociali. Non si pente di aver ferito mortalmente quel cantoniere che non voleva più dargli il lavoro, e dichiara che tornerebbe a fare quello che ha fatto.

Status — (Dicembre 1907). Il paziente è stato qualche volta colpito da eccesso epilettico generalizzato, di solito notturno, che non è preceduto, nè seguito da disturbi psichici. Sta ordinariamente immobile, silenzioso, indifferente, e accusa solo un senso di stordimento e di pesantezza alla testa.

Status — (Febbraio 1909). Ha tenuto il contegno predetto senza dar luogo a speciali osservazioni, soltanto si è notato un maggior torpore intellettuale.

Nella notte del 9 febbraio, è stato sorpreso da una serie di accessi epilettici in seguito ai quali è morto.

Diagnosi: Epilessia tardiva da arteriosclerosi cerebrale.

Autopsia — (24 ore post mortem). — Aperto il cranio, nulla si nota a carico della volta ossea e della dura madre, fatta eccezione d' una certa tensione di questa sull' emisfero destro. Incisa la dura madre, nulla di anormale si nota in complesso nel mantello cerebrale, nei riguardi sia dei solchi che dei giri. Asportato l'encefalo si scorge sulla faccia anteriore inferiore dell'emisfero cerebrale destro, e precisamente nel lobo frontale, una escazione a forma allungata coll' asse maggiore diretto in senso antero poste-

riore. Detta fenditura è lunga circa mm. 65. Poco profonda all'indietro, va infossandosi progressivamente in avanti fino a raggiungere al polo frontale la profondità di 30 mm. La larghezza della fenditura varia dai 15 ai 20 mm.

Sono scomparsi il *gyrus rectus lateralis;* il *gyrus rectus medialis,* il *sulcus olfactorius;* il *tractus olfactorius,* il *bulbus olfactorius,* il *sulcus orbitalis medialis,* il *sulcus transversus orbitalis,* e la porzione mediale del *lobulus orbitalis.* È rimasta intatta la porzione laterale del *lobulus orbitalis,* ed il *sulcus orbitalis lateralis.*

Entro l'escavazione suddetta, si era fatta strada il tumore sviluppatosi nella fossa anteriore del cranio. Nell'estrazione dell' encefalo, scolò da questa fessura un liquido denso, filante, di colorito giallastro, di apparenza colloidea.

Il tumore occupa la fossa anteriore del cranio (fig. 5), è situato sulla linea mediana e maggiormente spostato a destra, ha consistenza ossea, coll'aspetto di cavolfiore, costituito da otto lobazioni di varia grandezza, incompletamente separate da solcatura; le lobazioni più grandi stanno anteriormente, le più piccole posteriormente, una di queste lobazioni sporge verso destra; nell'insieme la neoformazione ossea misura in larghezza cm. 4, e in lunghezza (direz. antero posteriore) cm. 4 $^1/_2$; in altezza cm. 3. (Vedi fig. 5-6).

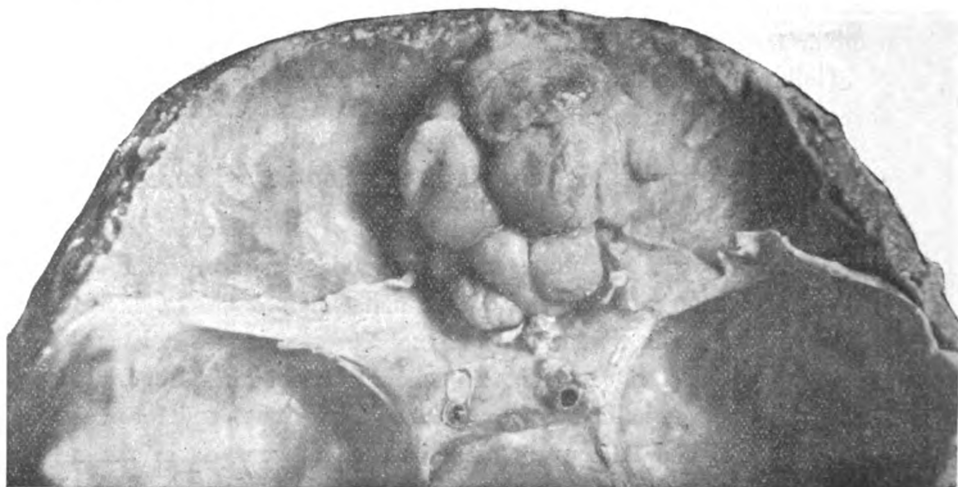


Fig. 5a

Sembra abbia solida base di impianto sulle ossa della testa sottostanti. Tale base corrisponde alla lamina cribrata dell'etmoide, all'apofisi cristagalli e parzialmente alla cresta frontale e, specialmente a destra sulla porzione più mediale della faccia interna o orbitale del frontale. La neoformazione ossea era ricoperta da una mambrana assai aderente di colorito bianco madreperlaceo avente tutti i caratteri della dura madre cranica.



Fig. 6a

Non esisteva alcun legame vascolare tra la neoplasia e la escavazione ove si era incuneata, le cui pareti erano liscie e del colore proprio alla sostanza nervosa bianca.

Esame microscopico. — Sottoposto ad esame microscopico una porzione di questa parete e qualche frammento della membrana rivestente il tumore, ho rilevato per riguardo alla prima uno strato limitante costituito da fitta nevroglia fibrillare con infiltrazione di piccoli elementi (satelliti), e per riguardo all seconda è apparsa la struttura propria della dura madre encefalica.

Diagnosi anatomica. — Osteosarcoma della fossa cerebrale anteriore.

*
* *

Esaminando ora il reperto anatomico della M. Altavilla, in rapporto ai sintomi clinici, noi troviamo che il tumore, voluminoso come una grossa arancia, insorgente dalla fossa *cerebralis anterior,* aveva usurata la superficie orbitale del lobo frontale tanto a destra che a sinistra, distruggendo il *girus rectus medialis,* e il *girus rectus lateralis,* il *lobulus orbitalis,* il *bulbus olfactorius* e parte del *tractus olfactorius.*

Oltre queste circonvoluzioni, il tumore ha distrutto tutta la sostanza del centro ovale in corrispondenza alla parte mediale del lobo frontale e ai giri superiori, e sopratutto al giro medio frontale, invadendo parte della sostanza grigia di questo giro.

A sinistra l'escavazione è meno profonda e mentre ha distrutto i due giri retti, ha rispettato la porzione laterale del *lobulus orbitalis,* e ha distrutto la sostanza del centro ovale corrispondente al *girus medialis.*

Anzitutto è a rilevare l'inizio rapido della cecità, e l'assenza di ogni sintoma *generale,* di compressione cerebrale, essendo solo pochi giorni avanti la morte comparsi gli accessi epilettiformi. I primi ed unici sintomi sono stati a carico dell'intelligenza sotto forma prima di torpore mentale, di apatia, di depressione d'umore, di cambiamento di carattere.

Degno di nota è il fatto della immotivata irritabilità, che accentuata in principio, andò in seguito scomparendo. Il tumore dopo di aver compressi e distrutti i nervi ol-

fattivi, i nervi ottici e oculo motori, aveva lentamente compresssa e distrutta la porzione orbitaria di ambedue i lobi frontali e del soprastante centro ovale, sostituendosi al tessuto nervoso, per modo che erano mancati i fenomeni di aumentata pressione intracranica che sogliono manifestarsi con i noti fenomeni riflessi bulbari. Quindi è che i disturbi a carico dell'intelligenza per cui attenzione, ideazione, memoria erano andati infralendo così da raggiungere il grado di un vero stato demenziale progressivo, debbono ritenersi dipendenti soltanto dalla lesione dei due poli frontali che sono stati lentamente distrutti dalle neoplasia, realizzando così un esperimento di fisiopatologia col vantaggio sulla lesione traumatica di non aversi i fatti di *diaschisi* di Monakow.

Riassumendo : in seguito alla distruzione lentamente progressiva dei due lobi prefrontali e più particolarmente dell'intiera regione *orbitalis* e di tutto il centro ovale sovrastante, con interruzione quindi dei rapporti anatomici dei giri *frontalis supremus* e *medius* ridotti ad un sottile strato di sostanza grigia addossantesi a modo di cuffia sopra il tumore ; si sono avuti (insieme all'abolizione dell'olfatto e della vista), unicamente disturbi della sfera psichica iniziati con un rallentamento dell'attenzione, dell'ideazione e sopratutto con affievolimento della memoria e con perturbamento del carattere, nel senso d'una maggiore eccitabilità e con una spiccata indifferenza affettiva, e con progressiva abulia.

***

Nel caso del Pet.. . Vincenzo, noi troviamo una lesione nettamente limitata, una lenta distruzione del tes-

suto nervoso, in corrispondenza del *lobulus orbitalis*. L'osteo-sarcoma, dalla fossa *cerebralis anterior,* è penetrato nella superficie orbitale del polo frontale di destra, distruggendo i due *giri recti,* insieme al *tractus* e *bulbus* e *sulcus olfactorius*, e parte della porzione mediale del *lobulus orbitalis*. La escavazione lunga mm. 6,5 e larga in media 30 mm., va infossandosi dall'indietro al davanti fino a raggiungere la sua profondità maggiore di 30 mm. all'estremo del polo frontale, avendo usurata la parte del centro ovale corrispondente, fino a raggiungere la sostanza corticale del terzo inferiore del *girus supremus et medius*. Non abbiamo qui avuto nessun fenomeno di compressione ed anche in questo caso possiamo parlare più che di lesione da tumore, di una parziale e progressiva distruzione di una parte del lobo frontale. Nel Pet., dal lato clinico, ha campeggiato principalmente il fenomeno del cambiamento del carattere, nel senso sopratutto d'una maggiore irritabilità ed impulsività, con pervertimento del sentimento etico, fino a sospingerlo, dietro futile provocazione, all'omicidio.

Riassumendo : in seguito alla distruzione lenta e progressiva di tutta quella parte della regione orbitale che più particolarmente corrisponde ai giri retti, e del corrispondente centro ovale, si è avuto come fenomeno predominante, un'alterazione del carattere, nel senso di una spiccata irritabilità, di una infralita energia inibitoria, di un pervertimento etico, di una spiccata tendenza alla criminalità.

***

Lo studio di queste due osservazioni, ci offre argomento di discussione sul problema tuttora controverso, della funzione d' assegnarsi ai lobi frontali del cervello.

Prime le indagini di fisiopatologia hanno tentato di sollevare il velo della Sfinge misteriosa. Cominciò Ferrier a lumeggiare l' ipotesi che il lobo prefrontale centro dei movimenti oculo cefalici, fosse centro dell'attenzione cosciente. Goltz togliendo nelle scimie e nei cani la zona presigmoidea del cervello notava aumento delle eccitabilità riflesse e considerava i lobi-frontali come la sede del carattere, e Libertini, Fano e Oddi confermavano la spiccata potenzialità inibitrice dei lobi frontali.

Hitzig emise la ipotesi che nei poli frontali avesse sede la funzionalità psichica più elevata e più tardi Flechisig assegnava al lobo frontale, come uno dei maggiori centri associativi, la coscienza della personalità. La dottrina che localizzava le più alte funzioni psichiche nei poli frontali venne ripresa e sviluppata con maggior larghezza dal Bianchi il quale, avendo praticati lunghe e ripetute indagini sulle scimie, nelle quali dopo aver con esame accurato fissata la singola equazione psichica, mutilava la parte eccitabile (Campbell) e prefrontatale del lobo frontale in tutti e due gli emisferi, ebbe a rilevare evidentissimi disturbi psichici e più particolarmente indebolimento del tono della personalità, diminuzione cospicua della memoria, impulsività, cambiamento del contegno.

Da qui il postulato che il lobo frontale sia l' organo

della fusione fisiologica di tutti i prodotti sensoriali ed emotivi elaborati nelle altre provincie corticali, l' organo della sintesi cosciente e storica dei grandi patrimoni della mente, il somatico emotivo e l'intellettuale conoscitivo.

La dottrina che vuole che il lobo frontale rappresenti un centro dell' intelligenza, non intende sostenere, come giustamente obiettava il Bianchi, che esso sia il *centro* dell' intelligenza, la quale è la risultante tutta dell'attività delle singole aree psicomotorie e psico-sensoriali del mantello cerebrale: essa è del resto in armonia tanto col concetto di una funzione inibitrice che non è che un processo intellettuale determinato da un lavoro di rappresentazioni in contrasto fra di loro, quanto col fenomeno dell' attenzione che non è che un processo di associazione e d'inibizione.

Hollender e Khorochko, di recente, si sono schierati a favore della dottrina del Bianchi, basandosi sul risultato di numerosi esperimenti sugli animali. Lo Shefferd, dopo l'estirpazione dei lobi frontali nelle scimie è venuto alle stesse conclusioni del Bianchi, osservando che l' estirpazione del lobo frontale sinistro produce perdite intellettuali più manifeste e più grandi di quelle del lobo frontale destro.

Le osservazioni cliniche e le anatomo-patologiche confermano, che le lesioni di queste aree, mentre non producono mai peculiari disturbi sensoriali o motori, provocano disturbi più o meno evidenti della funzionalità psichica più elevata.

Aveva già il Prof. Tamburini, insieme al Riva, fin dal 1883, messo in evidenza il fatto, che nei dementi para-

litici si ritrovavano gravi e diffuse lesioni dei lobi prefrontali, tanto maggiori quanto più profonda era stata l'alterazione intellettuale.

Gli autori che hanno studiato la istopatologia di tale affezione, trovano che le lesioni corticali più imponenti sono a carico del lobo frontale (Nissl, Alzheimer, Cerletti, Ansalone, ecc.).

Per i risultati da me ottenuti e da altri confermati delle minute indagini dell' anatomia patologica dei centri nervosi della demenza primitiva, ho messo in rilievo il fatto, che le alterazioni degli elementi cellulari e delle fibre brevi associative, vennero in modo costante e più intenso rilevate nei lobi frontali. Ora in questi infermi, colla manifesta e precoce decadenza mentale, è caratteristica la disintegrazione della unità psichica.

Le indagini da me fatte sul peso specifico nella corteccia cerebrale degli alienati, dimostrarono la prevalenza dell'alterazioni di quella nei poli anteriori, in tutti i casi di stati demenziali molto inoltrati, e segnatamente nella demenza paralitica. È noto che l'encefalite lobale dell'infanzia, quando colpisce più particolarmente i lobi frontali, dà le forme più gravi d'idiotismo.

Se in individui con lesione traumatica del polo frontale destro Ascenzi, Veraguth, Berger ed altri, non hanno riscontrato fatti importanti a carico dell'intelligenza ; Livison, in un caso di lesione del lobo frontale sinistro, notò un indebolimento psichico da simulare la demenza traumatica, e Roncoroni in un caso pure di lesione traumatica con suppurazione del lobo prefrontale sinistro, rilevò notevoli fatti di indebolimento mentale.

D'Abundo ha illustrato casi di traumi alla regione frontale che influirono evidentemente sulla evoluzione psichica del soggetto, inducendo indebolimento mentale e cambiamento del carattere, in contrapposto ad altri nei quali traumi riportati in altre regioni non disturbarono la funzionalità psichica.

Nei casi di tumore, dobbiamo tener conto del fattore della compressione, che costituisce il meccanismo principale di produzione della sindrome diffusa mentale dei tumori endocranici, e quindi hanno valore quelli che non hanno cagionato troppo forte compressione su tutto il cervello.

Se Babinski, in due casi di tumore del lobo prefrontale non ha riscontrato speciali disturbi dell'intelletto, e così Costantini, in un caso di tumore del centro ovale del lobo prefrontale destro, e così Senna, Monacow, Blaquiere ed altri, nei casi raccolti e studiati da Seppilli, da Giannelli, da Durante, ecc. ; d'ordinario compare grave lesione dell'intelligenza ne' suoi elementi principali, memoria ed attenzione, e modificazione del carattere. Brissaud ha messo in evidenza il fenomeno del puerilismo psichico, Iastrowiz la tendenza al motteggio sciocco e sguaiato.

Bonnet, riferiva il caso d'un individuo che avea presentato amnesia di fissazione, e nel quale si era trovata una gomma sifilitica che occupava il lobulo orbitario di ciascuno emisfere. Il Colella, in alcuni casi clinici di tumore del lobo prefrontale, tra i sintomi più culminanti e persistenti, segnalava la diminuzione d'iniziativa e di finalità, di attenzione, di memoria, di vivacità, di tono, ecc. Il Gatti ha descritto un quadro amenziale in un caso

di osteoma della falce anteriore con forte compressione della faccia interna dei poli frontali.

Il Clementi, in un caso di sarcoma che aveva distrutti i lobi prefrontali, riscontrava un vero stato demenziale.

Il primo dei nostri casi clinici riferito, mostra una grande analogia con questo del Clementi.

In un caso del Duret di tumore del lobo frontale sinistro, i fenomeni demenziali comparvero pochi giorni innanzi la morte.

Ora, è molto probabile che nei casi nei quali non si son notate alterazioni dell'intelligenza, mentre all'autopsia si trovavano neoplasie del cervello anteriore, si avesse, o lesione del solo polo frontale destro, o di qualche punto dei lobi frontali che può tollerare a lungo, come succede in tante altre zone del cervello, compressione o lesione senza reazione apparente, ovvero esiti precocemente infausti.

* * *

Accanto ai casi più comuni di alterazione in *toto* dell'intelligenza per lesione del cervello anteriore, meritano particolare attenzione quei casi nei quali si ha come fenomeno principale, un' alterazione del senso morale, una spiccata tendenza criminale, come nel secondo da noi riferito; e questo sia per la maggiore difficoltà del diagnostico, sia perchè costituisce una nota importante medicolegale, sia perchè in questi casi la lesione sarebbe limitata in particolari punti del lobo frontale.

In relazione coll'esperienza di Goltz e di Fano, che dopo l'esportazione dei lobi frontali, notarono che gli ani-

mali diventavano aggressivi e ribelli (come occorse in una scimia operata della zona presigmoidea dal Mingazzini), sono le osservazioni cliniche riferite dalla Welt di lesioni traumatiche più o meno estese dei lobi frontali, con alterazione della sfera etica ed affettiva, senza lesione dell'intelligenza.

Essa riferisce particolarmente di un individuo, che in seguito a trauma dell'osso frontale, aveva riportato la distruzione della parte orbitale del lobo frontale e della circonvoluzione terza frontale ; ne seguì un pervertimento del carattere, per cui il paziente rimanendo integro nell'attività intellettiva, si mostrò impulsivo, violento e cattivo.

Riferisce il Mingazzini, che nelle dodici osservazioni raccolte dalla Welt di pervertimento del senso etico consecutivo a lesione dei lobi frontali, si è trovata distruzione dei giri orbitari e del giro frontale inferiore.

Questo preciso reperto abbiamo avuto nel secondo caso da noi descritto.

È ben noto il caso illustrato da Ferrier d'un operaio buono e intelligente che divenne scostumato, impulsivo ed irritabile dopo che il colpo d'un palo di ferro gli spappolò i poli frontali.

Sullivan, riferisce due casi di tumore del lobo prefrontale in criminali, nei quali tra i primi sintomi apparve il disordine della condotta sociale. Il primo onestissimo fino all'età adulta, sui 50 anni cominciò a rubare, diventando di carattere strano ed irritabile. All'autopsia fu trovato un grosso tumore lungo 7 cm. e largo 5, di natura sarcomatosa, che aveva schiacciato il polo anteriore dell'emisfero sinistro, avendo distrutta la corteccia di quasi

tutta la circonvoluzione frontale inferiore, e per larga parte anche la seconda frontale.

In un secondo caso, si tratta d'un individuo di 57 anni imputato di vagabondaggio e di ubriachezza. Presentava indebolimento mentale, apatia, rallentamento della percezione e della memoria. All'autopsia si trovò un fibrosarcoma che occupava la porzione anteriore del lobo frontale destro.

Gurrieri riferisce l'osservazione d'una donna imputata di truffa e di minaccia a mano armata, nella quale esisteva un adeno carcinoma, che dall'orbita destra si era fatta strada verso il lobo frontale, comprimendolo. Mentre da ragazza era buona, onesta e laboriosa, presentava dopo la malattia una vera deficienza morale e grande irritabilità. Il tribunale ammise la scemata responsabilità a sensi dell'art. 47.

Secondo Pfeifer, i tumori delle circonvoluzioni frontali, danno immotivata variabilità dello stato affettivo, ed irritabilità da ricordare il carattere epilettico.

Il Bianchi conferma il fatto della criminalità più frequente negli individui che hanno riportato gravi lesioni dei lobi frontali, il che si spiega non solo col profondo cambiamento dell'emotività (perchè la criminalità è fondamentalmente una alterazione del sentimento) ma anche per l'incapacità di richiamare nella coscienza tutte quelle immagini di contrasto che sono inibitive, in quanto la inibizione è una forma di associazione.

Le osservazioni riferite, e quella da me illustrata, debbono nei casi di criminalità sopravvenuta in contrasto colla precedente integrità morale dall'individuo, esser tenute pre-

senti, per eliminare o meno il sospetto d'un neoplasma della regione anteriore del cervello, per i rapporti medico-legali.

I corollari che possiamo dedurre da tutto quanto fin qui è stato esposto, sono i seguenti:

1. Nei casi di lesione o di tumore dei lobi prefrontali, d'ordinario i disturbi predominanti sono della sfera psichica, e più particolarmente si osserva un indebolimento *in toto* progressivo, un perturbamento nel campo della memoria, della percezione, dell'associazione dell'idee, con diminuzione dell'attività inibitoria, e con cambiamento del carattere dell' individuo, giusta la dottrina sostenuta particolarmente dal Bianchi.

2. La fenomenologia a carico della funzionalità psichica, varia d' intensità e di modalità e si manifesta più o meno lentamente a seconda della parte del lobo prefrontale colpito. D'ordinario tanto è più estesa la lesione, specie del polo sinistro, e tanto maggiore è il *deficit* intellettuale. Quando la lesione è estesa a tutti due i lobi prefrontali, si ha un indebolimento mentale progressivo, un vero stato demenziale.

3. In seguito a lesioni limitate a quella parte del lobo orbitale che corrisponde ai due giri retti, per le osservazioni finora illustrate è stato notato un pervertimento del carattere nel senso soprattutto di una perversione del sentimento morale e di una diminuita attività inibitoria.

4. La possibilità d' una criminalità dovuta esclusivamente a lesioni dei lobi prefrontali. dev'essere tenuta presente nei rapporti medico-legali.

Un caso di tumore nel corpo calloso

Pel Prof. CESARE AGOSTINI
Direttore del Manicomio Provinciale

La rarità dei casi di tumore del corpo calloso, e le gravi e difficili questioni che tutt'ora si agitano intorno alla sintomatologia ed alla fisiopatologia di questa commessura cerebrale principe, che ha così estesi rapporti con quasi tutte le aree del mantello cerebrale, consigliano di illustrare tutti quei casi che per la esatta localizzazione e per le circoscritte lesioni indotte, possono gettare un po' di luce sull' intricato problema.

L' osservazione mia, in quanto si riferisce a individuo criminale uxoricida, acquista una particolare importanza dal lato medico legale, sulla quale tornerò in un' altra mia pubblicazione. Riferisco in succinto la storia clinica che debbo in gran parte al chiarissimo prof. Ruata delle Carceri di Perugia.

Giuseppe Stefa... di S. Pietro di (Lecce) carrettiere, di anni 59, era individuo di carattere tranquillo e ritenuto uomo dabbene, solo pare fosse alquanto dedito al vino. Nel settembre 1912, senza che vi fossero stati precedenti dissapori tra lui e la moglie, per futile questione l' aggrediva e feriva a morte con varie pugnalate. Usciva quindi di casa e si recava tranquillamente in piazza, passando davanti alla caserma dei carabinieri, senza dar mostra di alcuna agitazione. Arrestato confessava tranquillamente il misfatto allegando motivi di gelosia. Con sentenza del 14 dicembre 1912 veniva dalla Corte di Assise di Lecce condannato a 30 anni di reclusione.

senti, per eliminare o meno il sospetto d'un neoplasma della regione anteriore del cervello, per i rapporti medico-legali.

I corollari che possiamo dedurre da tutto quanto fin qui è stato esposto, sono i seguenti:

1. Nei casi di lesione o di tumore dei lobi prefrontali, d'ordinario i disturbi predominanti sono della sfera psichica, e più particolarmente si osserva un indebolimento *in toto* progressivo, un perturbamento nel campo della memoria, della percezione, dell'associazione dell'idee, con diminuzione dell'attività inibitoria, e con cambiamento del carattere dell' individuo, giusta la dottrina sostenuta particolarmente dal Bianchi.

2. La fenomenologia a carico della funzionalità psichica, varia d' intensità e di modalità e si manifesta più o meno lentamente a seconda della parte del lobo prefrontale colpito. D'ordinario tanto è più estesa la lesione, specie del polo sinistro, e tanto maggiore è il *deficit* intellettuale. Quando la lesione è estesa a tutti due i lobi prefrontali, si ha un indebolimento mentale progressivo, un vero stato demenziale.

3. In seguito a lesioni limitate a quella parte del lobo orbitale che corrisponde ai due giri retti, per le osservazioni finora illustrate è stato notato un pervertimento del carattere nel senso soprattutto di una perversione del sentimento morale e di una diminuita attività inibitoria.

4. La possibilità d' una criminalità dovuta esclusivamente a lesioni dei lobi prefrontali. dev'essere tenuta presente nei rapporti medico-legali.

Un caso di tumore nel corpo calloso

Pel Prof. CESARE AGOSTINI
Direttore del Manicomio Provinciale

La rarità dei casi di tumore del corpo calloso, e le gravi e difficili questioni che tutt'ora si agitano intorno alla sintomatologia ed alla fisiopatologia di questa commessura cerebrale principe, che ha così estesi rapporti con quasi tutte le aree del mantello cerebrale, consigliano di illustrare tutti quei casi che per la esatta localizzazione e per le circoscritte lesioni indotte, possono gettare un po' di luce sull' intricato problema.

L' osservazione mia, in quanto si riferisce a individuo criminale uxoricida, acquista una particolare importanza dal lato medico legale, sulla quale tornerò in un' altra mia pubblicazione. Riferisco in succinto la storia clinica che debbo in gran parte al chiarissimo prof. Ruata delle Carceri di Perugia.

Giuseppe Stefa... di S. Pietro di (Lecce) carrettiere, di anni 59, era individuo di carattere tranquillo e ritenuto uomo dabbene, solo pare fosse alquanto dedito al vino. Nel settembre 1912, senza che vi fossero stati precedenti dissapori tra lui e la moglie, per futile questione l' aggrediva e feriva a morte con varie pugnalate. Usciva quindi di casa e si recava tranquillamente in piazza, passando davanti alla caserma dei carabinieri, senza dar mostra di alcuna agitazione. Arrestato confessava tranquillamente il misfatto allegando motivi di gelosia. Con sentenza del 14 dicembre 1912 veniva dalla Corte di Assise di Lecce condannato a 30 anni di reclusione.

Entrava alle carceri di Perugia il 10 febbraio 1913 facendo fin da principio l' impressione sia per l' aspetto triste, sia per la fisonomia attonita, sia per lo sguardo indifferente, sia per il nessuno interessamento dello stato suo e di quanto lo circondava, di persona trasognata o istupidita. Interrogato rispondeva con parole brevi, come annoiato, talora con irruenza e facendo mostra di offendere la persona che lo incitava a parlare, accusando dolore gravativo al capo, senso di pesantezza, e mostrando forte amiostenia specie degli arti inferiori che lo costringeva a stare seduto o in letto.

Dopo circa un mese e mezzo si manifestava una spiccata paresi della metà destra ed aumentava lo stordimento e la confusione. Lo sguardo attonito, la fisonomia abbattuta, il paziente rispondeva con monosillabi alle parole che gli si rivolgevano, mangiava se stimolato, perdeva in letto le orine e le fecci, reagiva debolmente agli stimoli dolorosi. Non si rilevavano disturbi, ad un esame sommario, della vista e dell' udito; nulla eravi a carico del facciale, nè del linguaggio. L'esame di eventuali disturbi aprassico-motori non fu possibile ricercare per le condizioni mentali dell' infermo. Di tanto in tanto il paziente era colpito da contrazioni tonico cloniche che si iniziavano dal lato paretico per diffondersi a tutto il resto della muscolatura del corpo. Dopo qualche tempo alle contrazioni succedette una vera contrattura spasmodica più accentuata nella metà destra, ma diffusa pure a sinistra e più nell' arto inferiore. Si ebbe così una vera rigidità per modo che ogni tentativo per rimovere tali posizioni degli arti riesciva vano. La nutrizione si fece ogni giorno più scadente, finchè rendendosi impossibile l'assunzione del cibo il paziente moriva

in stato di profondo marasmo con piaghe di decubito. Dal lato mentale lo stato di indebolimento e di stordimento, fattosi progressivo, aveva dato luogo ad uno stato demenziale vero e proprio.

***

L'autopsia praticata il 16 novembre 1913 (14 ore post mortem) ha dato i seguenti particolari: Cadavere in condizioni di grande denutrizione con piaghe di decubito alle regioni sacroiliache. Visceri delle cavità toraciche e addominali sani.

Aperto il cranio nulla si nota a carico della volta ossea e delle meningi. Incisa la dura madre si osserva subito fra i due emisferi una sporgenza neoplastica che ora descriveremo, mentre nel mantello cerebrale nei riguardi sia dei solchi che dei giri nulla si nota di anormale (vedi figura 1ª).



Figura 1ª.

Il tumore, che dista dal margine superiore degli emi-

sferi appena 15 mm. poggia sopra il corpo calloso incastrato tra le superfici mediali degli emisferi cerebrali sulle quali ha con due lobulazioni laterali quasi simmetriche usurato parte della sostanza, scavando due depressioni, delle quali più ampia e profonda è la destra. Le notate depressioni (vedi figura 2ª) interessano tanto a destra che a sinistra quasi esclusivamente la porzione mediana del

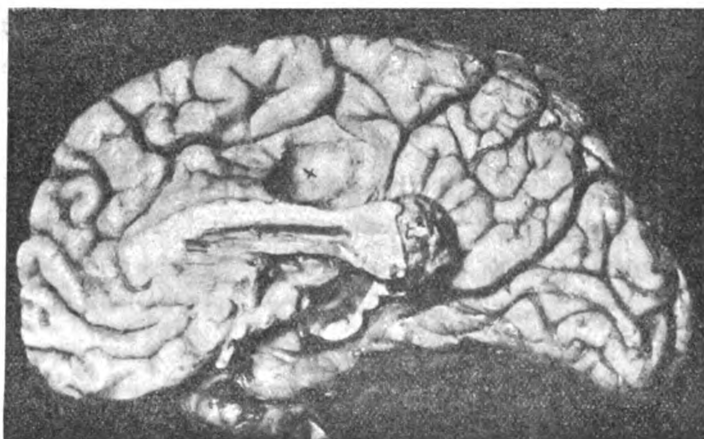


Figura 2ª.

girus corporis callosi e del *sulcus calloso-marginalis;* poco o punto il *girus fronto-parietalis medialis.* La depressione di destra stà al disotto della circonvoluzione pararolandica ed il suo asse mediano è parallelo alla scissura rolandica. Mentre detta escavazione raggiunge il centro ovale sottostante, quella di sinistra che è pressochè parallela ha soltanto compressa in parte e usurata la sostanza grigia della corrispondente circonvoluzione.

Il tumore colla sua base schiaccia il tratto medio e posteriore della superficie superiore del corpo calloso assottigliandola notevolmente. Con questa parte del corpo

calloso come pure con i tratti corrispondenti delle superfici mediali e cerebrali il tumore non contrae che rapporti vascolari. Il tumore (vedi figura 3ª) si presenta di consistenza piuttosto dura, allungato in senso antero posteriore per mm. 45 e largo mm. 35 alto mm. 25, con lobulazioni laterali nel senso della maggior larghezza: e nel suo interno trovasi chiuso un frammento della grande falce.

All'indietro, distanziato circa un pajo di centimetri dal tumore già descritto, si osserva un secondo tumore più

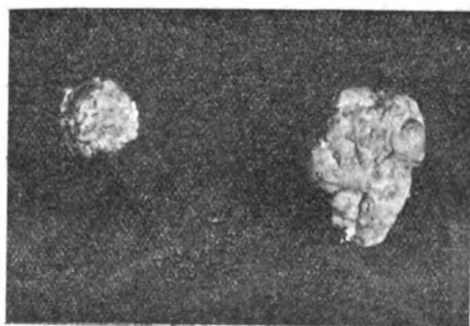


Figura 3ª.

piccolo, di forma pressochè rotondeggiante, del diametro di circa 20 mm. avente gli stessi caratteri esteriori ugualmente consistente e della stessa natura situato nello *splenium* del corpo calloso entro il quale come nel corrispondente tratto del *girus corporis callosi* in cui questo si continua col *girus hippocampi,* ha scavato una depressione abbastanza profonda.

Il tumore mentre ha semplicemente compresso la corteccia del giro cerebrale indicata, per quello che riguarda il corpo calloso non solo ha esercitato una compressione ma anche una distruzione: infatti nella enucleazione è ri-

masta aderente al neoplasma una certa quantità di sostanza della trave apparentemente rammollita.

Come il precedente, questo secondo tumore era semplicemente unito alla sostanza nervosa da legami vascolari molto lassi.

Praticati tagli vertico-trasversali a vari livelli tanto nell' emisfero destro, che in quello sinistro, all' infuori di un assottigliamento della corteccia che dal lato destro scopre la sostanza bianca del centro ovale sottostante, nulla si osserva di anormale sia nel centro ovale stesso che nella capsula interna, e nel nucleo lentiforme, nella capsula esterna, nel *claustrum* e nei tratti della sostanza bianca interposti tra i nuclei e la corteccia delle insule.

Esame microscopico. — Nelle sezioni del tumore colorite con emallume ed eosina si osserva abbondante intreccio di connettivo contenente cellule a forma fusata più numerose e cellule rotondeggianti più grosse con nuclei grandi molto colorati.

Diagnosi anatomica. — Sarcoma dello splenium e della scissura interemisferica comprimente la parte media della trave e del *girus corporis callosa.*

*
* *

Facendoci ora ad analizzare il reperto anatomico in rapporto alla fenomenologia clinica presentata dallo Steff... notiamo che il neoplasma che prima si è svolto, è liberamente cresciuto nella scissura interemisferica ed emergendo dalla superficie superiore del corpo calloso nella sua parte media e posteriore lo ha assottigliato riducendone della metà lo spessore. In proseguo, dal corpo del tumore sono germinate due lobulazioni che hanno lateralmente compressa nella sua parte media il *girus corporis callosi*

usurando la sostanza grigia, in minor grado a sinistra, fino a scoprire a destra la sostanza bianca del centro ovale sottostante.

Il secondo tumore aveva invece infossato e distrutto lo *splenium* e compresso, come abbiamo detto, l'estremo della circonvoluzione del corpo calloso.

Dal lato clinico i primi fenomeni ad apparire sono stati quelli a carico della psiche nel senso di un cambiamento del carattere, di una immotivata irritabilità cui è seguito uno stato progressivo di stordimento e di indebolimento mentale da raggiungere il grado della vera demenza. Il cambiamento del carattere con la aumentata eccitabilità e probabilmente con l'insorgenza di idee di infedeltà coniugale ci danno la spiegazione dall' uxoricidio commesso senza alcuna ragione dallo Stefa..... per lo innanzi uomo tranquillo e dabbene, e giustificato con pretesti di gelosia.

Alla sintomatologia psichica segue e si accompagna prima un accentuato grado di amioastenia, quindi paresi del braccio e più tardi della gamba destra e quindi dell' arto inferiore di sinistra. La paresi si alterna con tremori e con scosse tonico-cloniche che iniziandosi dal lato destro passano al sinistro e da ultimo sopravviene una contrattura spasmodica a tipo tetraplegico ma molto più accentuata negli arti inferiori.

Nulla si rilevava nel nostro caso a carico del faciale e degli altri nervi cerebrali ciò che hanno osservato da tempo Bruns e Mingazzini nelle lesioni della trave: Il linguaggio era del tutto integro, ed eccetto la cefalgia che si osserva secondo Schupfer, nel 44 per cento dei casi, sono assenti nel nostro ogni altro sintoma dei tumori intracranici.

masta aderente al neoplasma una certa quantità di sostanza della trave apparentemente rammollita.

Come il precedente, questo secondo tumore era semplicemente unito alla sostanza nervosa da legami vascolari molto lassi.

Praticati tagli vertico-trasversali a vari livelli tanto nell' emisfero destro, che in quello sinistro, all' infuori di un assottigliamento della corteccia che dal lato destro scopre la sostanza bianca del centro ovale sottostante, nulla si osserva di anormale sia nel centro ovale stesso che nella capsula interna, e nel nucleo lentiforme, nella capsula esterna, nel *claustrum* e nei tratti della sostanza bianca interposti tra i nuclei e la corteccia delle insule.

Esame microscopico. — Nelle sezioni del tumore colorite con emallume ed eosina si osserva abbondante intreccio di connettivo contenente cellule a forma fusata più numerose e cellule rotondeggianti più grosse con nuclei grandi molto colorati.

Diagnosi anatomica. — Sarcoma dello splenium e della scissura interemisferica comprimente la parte media della trave e del *girus corporis callosa.*

*
* *

Facendoci ora ad analizzare il reperto anatomico in rapporto alla fenomenologia clinica presentata dallo Steff... notiamo che il neoplasma che prima si è svolto, è liberamente cresciuto nella scissura interemisferica ed emergendo dalla superficie superiore del corpo calloso nella sua parte media e posteriore lo ha assottigliato riducendone della metà lo spessore. In proseguo, dal corpo del tumore sono germinate due lobulazioni che hanno lateralmente compressa nella sua parte media il *girus corporis callosi*

usurando la sostanza grigia, in minor grado a sinistra, fino a scoprire a destra la sostanza bianca del centro ovale sottostante.

Il secondo tumore aveva invece infossato e distrutto lo *splenium* e compresso, come abbiamo detto, l'estremo della circonvoluzione del corpo calloso.

Dal lato clinico i primi fenomeni ad apparire sono stati quelli a carico della psiche nel senso di un cambiamento del carattere, di una immotivata irritabilità cui è seguito uno stato progressivo di stordimento e di indebolimento mentale da raggiungere il grado della vera demenza. Il cambiamento del carattere con la aumentata eccitabilità e probabilmente con l'insorgenza di idee di infedeltà coniugale ci danno la spiegazione dall' uxoricidio commesso senza alcuna ragione dallo Stefa..... per lo innanzi uomo tranquillo e dabbene, e giustificato con pretesti di gelosia.

Alla sintomatologia psichica segue e si accompagna prima un accentuato grado di amioastenia, quindi paresi del braccio e più tardi della gamba destra e quindi dell' arto inferiore di sinistra. La paresi si alterna con tremori e con scosse tonico-cloniche che iniziandosi dal lato destro passano al sinistro e da ultimo sopravviene una contrattura spasmodica a tipo tetraplegico ma molto più accentuata negli arti inferiori.

Nulla si rilevava nel nostro caso a carico del faciale e degli altri nervi cerebrali ciò che hanno osservato da tempo Bruns e Mingazzini nelle lesioni della trave: Il linguaggio era del tutto integro, ed eccetto la cefalgia che si osserva secondo Schupfer, nel 44 per cento dei casi, sono assenti nel nostro ogni altro sintoma dei tumori intracranici.

La sintomatologia presentata si può qndi raggruppare:

1. — Insorgenza precoce dei fenomeni a carico della psiche, che sono andati aggravandosi fino a presentare il quadro della completa demenza.

2. — Comparsa di disturbi motori a tipo dapprima paretico e successivamente spastico, bilateralmente.

3. — Assenza di ogni disturbo da parte dei nervi cranici e dei sintomi generali dei tumori intracranici.

Scorrendo la letteratura sui casi di tumore del corpo calloso, e tenendo specialmente conto di quelli che non hanno indotto lesioni troppo gravi ed estese di parti vicine, siccome il nostro, e che, secondo Milani, cui dobbiamo un' accurata monografia sulla patologia del corpo calloso, sommano appena a 15, troviamo che i disturbi mentali figurano per precocità ed intensità presso che in tutti.

Bristowe per primo vi ha insistito, mettendo in evidenza uno speciale stato di stupore associato a sonnolenza e a disturbo della parola.

Ramson sostiene che il quadro psichico sarebbe diverso a seconda del decorso della malattia che nei casi acuti presentava la forma di un crescente stupore, nei casi cronici quella dell' eccitamento maniacale, dell' allucinosi.

Schupfer, nel suo studio accurato nei tumori del corpo calloso, conclude che in nessuno dei casi da lui raccolti nella letteratura lo stato mentale si mantenne integro, ed in generale predomina l' indebolimento dell' intelligenza, della memoria, l' apatia, la sonnolenza, mentre in altri si ebbero stati allucinatori come in quelli descritti da Olliver, Seglas, Pugliese ecc.: Egli ritiene che debbasi sospettare un tumore del ginocchio del corpo calloso quando compaiono precocemente i disturbi psichici, mentre quando questi si

presentano contemporaneamente o dopo i disturbi motori, la sede del neoplasma è nello splenio.

Schuster osserva che nel 90 per cento nei casi dei tumori della trave si ha il disturbo psichico che è costante nei rammollimenti e nelle emorragie ed attribuisce quindi alla lesione di questa commessura grande importanza nell' insorgenza dei fatti psicopatici, arrivando al postulato che i tumori localizzati nella parte anteriore della trave producono semplici stati di debolezza psichica mentre quelli che si sviluppano dalla parte posteriore di questa provocano stati di eccitamento e di delirio.

Anche Giannelli ritiene costanti i disturbi mentali nei tumori del corpo calloso.

Nella statistica di Levy - Valenzi troviamo che nella maggior parte dei malati si osserva uno stato di apatia, da un semplice torpore dell' attività psichica sino al grado di un vero stato demenziale.

L' assenza dei disturbi psichici è dunque veramente rara (Schuster, Levy - Valenzi) e Bruns eleva all'onore di sintoma principale a focolaio del corpo calloso il grave disturbo dell' intelligenza in contrasto con la scarsità dei sintomi generali. Certo è che i sintomi psichici in vari casi, come ad esempio in quelli di Olliver, di Seppilli, di Panegrossi costituiscono l' unica e imponente manifestazione del caso clinico.

Raymond ha, per lo studio dei disturbi mentali nelle neoplasie della trave, costruita una speciale *sindrome callosa* caratterizzata da insorgenza precoce di disordine mentale, da mancanza di associazione tra le idee, da bizzarria degli atti, da lacune della memoria, da profonda alterazione del carattere.

La ragione di questa alterazione della mente per al-

cuni è dovuta alla diretta lesione delle fibre callose cui Schuster attribuisce un grande significato psichico, per altri è d'attribuirsi a fenomeni di *diaschichis,* anche perchè spesso la massa neoplastica dal ginocchio del corpo calloso si propaga ai lobi frontali.

Nel nostro caso la lesione del corpo calloso era nella parte sua posteriore e quindi nessuna compressione poteva venirne ai lobi frontali.

Seguaci della dottrina, sostenuta dal Bianchi della grande importanza funzionale cioè che i lobi frontali hanno nella sinergia funzionale della intiera personalità psichica, noi riteniamo che siano appunto le fibre del corpo calloso destinate a raccogliere i prodotti di tutte le aree psico-sensoriali del mantello corticale e riunirli ai lobi frontali ove verrebbero fusi e utilizzati per i più alti processi dell' attività mentale.

Una qualsiasi lesione di questa grande via interassociativa, non può non disgregare profondamente l'unità della psiche e portare la demenza.

Conferma tali vedute il fatto che i disturbi psichici che si hanno per tumore dei lobi frontali per nulla differiscono da quelli che si presentano nelle neoplasie della trave.

Non meno importanti, per quanto meno frequenti (secondo Liepmann nel 60 0|0 dei casi, secondo Milani nel 66 0|0) sono i disturbi da parte della motilità volontaria, che si presentano variamente distribuiti da una semplice monoplegia, alla emiplegia isolata (caso del Mingazzini), o più di frequente, in forma tetraplegica.

La particolarità però di queste alterazioni di moto che assurge all'importanza di sintoma caratteristico dei tumori della trave, è quello della bilateralità che si manifesta di

solito in modo asimmetrico, senza compartecipazione dei nervi cerebrali. Non infrequentemente alle paralisi si trovano associati fatti di stimolazione motrice fino alla vera epilessia iacksoniana agli stati di contrattura spastica.

Secondo Ramson, la paresi sarebbe più accentuata negli arti inferiori che nei superiori, e si associa a contratture e a fatti convulsivi. Di rado la paralisi sopravviene d' un tratto (caso del Panegrossi). D' ordinario si stabilisce in modo lento e progressivo.

Il vecchio concetto di Hamilton e Foville, che la trave fosse destinata a condurre le vie di moto degli arti, è caduto di fronte ai dati sperimentali ed all' osservazioni dell' anatomia patologica. Muratow, Lomonaco, Ferrier, Imamura, ecc. sezionando il corpo calloso negli animali hanno dimostrato da un lato, che nessuna fibra di esso penetra nella capsula interna, e dall' altro che non si hanno disturbi apprezzabili della motilità.

Anche i casi di pura agenesia e di aplasia del corpo calloso (tipico il caso riferito dal Mingazzini) senza il minimo disordine della motilità volontaria, escludono che i disordini di questa debbano attribuirsi alle lesioni o alla mancanza delle fibre dalla trave. Debbono invece riferirsi a lesioni diffuse al centro ovale o alla capsula interna, o al nucleo lentiforme.

Lo studio analitico del nostro caso armonizza pienamente con siffatto concetto, e presenta analogia con i casi descritti dal Wohler, nel quale un tumore della metà inferiore del corpo calloso, s' irradiava sul centro ovale dell' emisfero cerebrale destro e si era avuta una emiplegia sinistra completa a tipo spastico ; con il caso del Wurth nel quale il tumore si era spinto entro lo strato midollare dell' emisfero cerebrale di sinistra, mentre il pa-

cuni è dovuta alla diretta lesione delle fibre callose cui Schuster attribuisce un grande significato psichico, per altri è d' attribuirsi a fenomeni di *diaschichis,* anche perchè spesso la massa neoplastica dal ginocchio del corpo calloso si propaga ai lobi frontali.

Nel nostro caso la lesione del corpo calloso era nella parte sua posteriore e quindi nessuna compressione poteva venirne ai lobi frontali.

Seguaci della dottrina, sostenuta dal Bianchi della grande importanza funzionale cioè che i lobi frontali hanno nella sinergia funzionale della intiera personalità psichica, noi riteniamo che siano appunto le fibre del corpo calloso destinate a raccogliere i prodotti di tutte le aree psico-sensoriali del mantello corticale e riunirli ai lobi frontali ove verrebbero fusi e utilizzati per i più alti processi dell' attività mentale.

Una qualsiasi lesione di questa grande via interassociativa, non può non disgregare profondamente l'unità della psiche e portare la demenza.

Conferma tali vedute il fatto che i disturbi psichici che si hanno per tumore dei lobi frontali per nulla differiscono da quelli che si presentano nelle neoplasie della trave.

Non meno importanti, per quanto meno frequenti (secondo Liepmann nel 60 0[0 dei casi, secondo Milani nel 66 0l0) sono i disturbi da parte della motilità volontaria, che si presentano variamente distribuiti da una semplice monoplegia, alla emiplegia isolata (caso del Mingazzini), o più di frequente, in forma tetraplegica.

La particolarità però di queste alterazioni di moto che assurge all'importanza di sintoma caratteristico dei tumori della trave, è quello della bilateralità che si manifesta di

solito in modo asimmetrico, senza compartecipazione dei nervi cerebrali. Non infrequentemente alle paralisi si trovano associati fatti di stimolazione motrice fino alla vera epilessia iacksoniana agli stati di contrattura spastica.

Secondo Ramson, la paresi sarebbe più accentuata negli arti inferiori che nei superiori, e si associa a contratture e a fatti convulsivi. Di rado la paralisi sopravviene d' un tratto (caso del Panegrossi). D' ordinario si stabilisce in modo lento e progressivo.

Il vecchio concetto di Hamilton e Foville, che la trave fosse destinata a condurre le vie di moto degli arti, è caduto di fronte ai dati sperimentali ed all' osservazioni dell' anatomia patologica. Muratow, Lomonaco, Ferrier, Imamura, ecc. sezionando il corpo calloso negli animali hanno dimostrato da un lato, che nessuna fibra di esso penetra nella capsula interna, e dall' altro che non si hanno disturbi apprezzabili della motilità.

Anche i casi di pura agenesia e di aplasia del corpo calloso (tipico il caso riferito dal Mingazzini) senza il minimo disordine della motilità volontaria, escludono che i disordini di questa debbano attribuirsi alle lesioni o alla mancanza delle fibre dalla trave. Debbono invece riferirsi a lesioni diffuse al centro ovale o alla capsula interna, o al nucleo lentiforme.

Lo studio analitico del nostro caso armonizza pienamente con siffatto concetto, e presenta analogia con i casi descritti dal Wohler, nel quale un tumore della metà inferiore del corpo calloso, s' irradiava sul centro ovale dell' emisfero cerebrale destro e si era avuta una emiplegia sinistra completa a tipo spastico ; con il caso del Wurth nel quale il tumore si era spinto entro lo strato midollare dell' emisfero cerebrale di sinistra, mentre il pa-

ziente presentava emiplegia destra spastica; e col caso del Mingazzini il cui paziente presentava emiparesi bilaterale molto più grave a sinistra, mentre il tumore localizzato nella parte anteriore della trave, aveva pure invaso, più a destra che a sinistra, la testa del *colliculus caudatus* e comprimeva alquanto la capsula interna di destra.

Ora, nel caso nostro, mentre nel primo periodo in cui hanno predominato i disordini psichici, nessun disturbo si è avuto da parte della motilità, questi sono comparsi in modo lento e progressivo, dapprima colla paresi del braccio e della gamba destra, quindi colla contrattura spastica della metà destra e dell'arto inferiore di sinistra.

Ora, alla prima fase corrisponde lo svolgersi del tumore abbastanza liberamente nella scissura interemisferica e nello *splenium*, alla seconda fase la compressione esercitata progressivamente dalle due propagini che si andavano scavando una nicchia, nello strato midollare, in modo però più accentuato dal lato destro. I fenomeni a tipo paretico spatico, sono evidentemente riferibili all'irritazione indotta dalla neoplasia nel *centrum ovale*, nel quale da un lato ha compresso le fibre corticobrachiali e corticocrurali e dall'altro le sole fibre corticocrurali. I disturbi motori iniziati a tipo unilaterale, si fecero bilaterali, e se non fosse avvenuta la morte del paziente, evidentemente avrebbe assunto il tipo completo tetraplegico.

Qualora i disturbi di moto fossero dipesi dalla lesione delle fibre del corpo calloso, avremmo dovuto avere in concomitanza dei disordini psichici quelli a carico della motilità, mentre questi sono venuti dopo qualche tempo, e si son fatti con abbastanza rapidità gravi e progressivi, man mano che crescevano le due gemmazioni secondariamente proliferate ai lati del tumore al disotto della regione pararolandica.

Degno di rilievo è nel nostro caso il fatto che il nodulo neoplastico anteriore si è spinto maggiormente entro il *centrum ovale* di destra, e la emiplegia a tipo paretico-spastico fu più grave e completa dal lato destro, mentre d'ordinario i disturbi di moto sono più accentuati dal lato opposto a quello nel quale la distruzione tende ad estendersi.

La spiegazione che di questo apparente contrasto può darsi, non può esser diversa da quella che ha esposta l'Ascenzi in un caso da lui illustrato di cisti emorragica della trave in cui la paresi era più accentuata dal lato sinistro, essendo pure la lesione circoscritta nell' irradiazione sinistra del corpo calloso. Ricordando la maniera di decorrere e di distribuirsi delle fibre callose, le quali, una volta uscite dal margine laterale della trave, inviano numerose collaterali che permettono a ciascuna di esse di esercitare sulla corteccia verso la quale si dirige, un campo d' azione più esteso di quello occupato dalle sue cellule d'origine, la lesione situata nel campo d' irradiazione a destra, deve aver messo fuori di azione, insieme alle fibre provenienti dalla corteccia destra, anche tutte le collaterali che da essa originate dopo l' incrociamento andavano ad influire la corteccia cerebrale di sinistra (e ciò per il fatto d' esser la lesione situata rispetto a tali fibre prima dell' incrociamento) ; la paresi di destra quindi doveva essere più accentuata.

Per lo studio del nostro caso adunque, mentre ci associamo all' opinione di Oppenheim e di Mingazzini che non esistono sintomi peculiari per una diagnosi del tumore del corpo calloso e molto meno quindi si può parlare di localizzare i disturbi diversi della psiche nelle singole porzioni del medesimo, rimane confermato :

1. — Che nelle neoplasie della trave i disturbi men-

tali sono probabilmente dovuti a disturbata funzione interassociativa delle fibre trabeali, mentre le lesioni di moto sono in dipendenza della estensione del processo alle zone limitrofe con partecipazione indiretta delle vie piramidali.

2. — Che la presenza e la precocità di disturbi mentali con caratteri progressivamente demenziali, e la successiva comparsa di alterazioni motorie *bilateralmente,* a tipo paretico spastico, senza compartecipazione dei nervi cerebrali, costituiscono la sindrome fenomenologica che meglio mette sull'avviso per sospettare un tumore del corpo calloso.

Per la bibliografia consultare:

Mingazzini. — *Anatomia Clinica dei centri nervosi.* — Unione Tipografica Torinese.

Dott. Aminta Milani. — *Patologia del corpo calloso.* — Ditta Tipografica Gianandrea. Roma, 1914.

Giannelli. — *Gli effetti diretti e indiretti dei neoplasmi encefalici sulle funzioni mentali.* — « Policlinico », 1897.

Schupfer. — *Sui tumori del corpo calloso etc.* — « Riv. Sper. Fren. », XXV, Fr. I-II, 1899.

Lo Monaco. — *Sulla fisiologia del corpo calloso.* — « Riv. Patologica nevr. e ment. », 1907.

Panegrossi. — *Contributo allo studio dei tumori del corpo calloso.* — « Policlinico », 1908, Fasc. 5.°

Ascenzi. — *Cisti emorragica del corpo calloso.* — « Riv. Patologica nerv. e ment. », 1908.

Seppilli. — *Un caso di tumore del corpo calloso.* — « Annali di neurologia », 1907. Fasc. 3.°

Costantini. — *Rammollimento emorragico bilaterale della radiazione callosa.* — « Riv. Pat. nerv. ment. », — Ann. XII, Fasc. 2.°

Mingazzini. — *Tumore del centro ovale e del corpo calloso.* — « Riv. di Pat. nerv. e ment. », 1911.

NEUROPATOLOGIA

H. Claude. — *Sur le diagnostic des formes larvées de l'epilepsie alcoolique et des crises psycomotrices de l'ivrresse pathologique.* — « Prog. méd. », 12 oct. 1912.

L' epilessia alcoolica si osserva specialmente sugli individui predisposti per ereditarietà, per i loro eccessi anteriori o in occasione di libazioni eccessive, nei dipsomani in periodo d' eccesso impulsivo.

Essa differisce dall'epilessia essenziale banale, perchè è occasionale e non recidiva con la tenacità disperante del male iopatico di cui la causa resta così spesso tanto oscura.

Alcuni alcoolisti nell'occasione di nuovi eccessi nel bere, possono presentare come sola manifestazione di questa epilessia, forme larvate e specialmente equivalenti psichici alternantisi o no con crisi convulsive. Di questi equivalenti psichici i più interessanti a conoscersi, a cagione delle loro conseguenze sociali, sono gli atti delittuosi. Essi costituirebbero anche in alcuni il solo sintomo della malattia. La loro diagnosi può riuscire assai difficile.

Le crisi psico motrici dell'ubriachezza patologica presentano spesso due caratteri importanti: l' assenza delle manifestazioni esterne banali dell'ubriachezza e l'amnesia consecutiva. Esse presentano dunque le analogie più grandi con gli equivalenti psichici dell' epilessia tanto nella loro espressione sintomatica, nella loro evoluziono clinica, che nelle conseguenze medico legali.

R. Mees. — *Ueber alkoolische reflektorische Pupilleustarre (sulla rigidità alcoolica riflessa delle pupille).* — « Münchener medijnische Wochenschrift », n. 22, 1913.

L'autore descrive un caso di alcoolismo nel quale risultano evidenti le affermazioni del *Nonne* il quale afferma la possibilità della rigidità riflessa delle pupille come effetto esclusivo dell'alcoolismo, venendole così a togliere il significato patognonico di affezione para o metasifilitica (tabe dorsale o paralisi progressiva).

Si tratta di un uomo di 58 anni, strenuo bevitore di vino e di acquavite il quale a 51 anni cominciò a soffrire di convulsioni epilettiche e alcuni anni dopo di atassia, di oppressioni, di dolori ecc. Dall'esame clinico risultò una tipica polinevrite alcoolica, una epilessia alcoolica ed infine si notò la rigidità riflessa delle pupille, accompagnata da miosi.

L'associazione dell'assenza dei riflessi achillei e della rigidità riflessa delle pupille diedero a pensare all'autore che si trattasse di tabe, ma la reazione del Wassermann e dal Nonne davano la esclusione della sifilide, come affermava l'infermo stesso. Anche gli attacchi di epilessia erano di natura alcoolica, poichè colla sottrazione dell'alcool quelli scomparvero. Da tutto ciò l'autore ritenne doversi escludere la tabe ed ammettersi la rigidità riflessa delle pupille soltanto di origine alcoolica.

Henri Claude. — *Sur les lésions des Nerfs dans l'Intoxication Oxycarbonée* (Congrés de Londres). — « Revue Neurologique », n. 18, 1913.

Le paralisi periferiche che si osservano nell'intossicazione per ossido di carbonio sono in genere la conseguenza della lesione dei centri nervosi d'origine vascolare (emorragie, rammollimenti). Ugualmente si possono osservare alterazioni dei nervi periferici, ma queste sono per lo più dovute ad altre intossicazioni e principalmente all' alcoolismo; e la loro apparizione può essere favorita dall'intossicazione carbonica.

Frequentemente i disturbi motori e sensitivi di natura psiconeuropatica si uniscono a questi diversi sintomi. Le lesioni nervose prodotte dall'ossido di carbonio non sono della forma delle nevriti periferiche ; e, contrariarmente all'opinione classica non possono essere rassomigliate alle nevriti alcooliche, difteriche, arsenicali, ecc. Esse clinicamente sono caratterizzate da gonfiore che si estende in una data regione e sono accompagnate da rossore, dolore di quel tratto del nervo e da eruzione a zone. I disturbi della sensibilità, le paralisi di moto, le alterazioni dei riflessi rimangono assai limitati e non si estendono in altre parti. Questi fatti sono la conseguenza di focolai emorragici che si producono in vicinanza dei grossi tronchi nervosi o di alcune diramazioni. Talvolta l'emorragia diffusa nei muscoli vicini, i quali spesso si mostrano alterati nel corso dell'avvelenamento. In generale le emorragie si assorbono presto e il fenomeno della compressione nerrosa si attenua parallelamente. Quando invece si tratta di focolai apoplettiformi nei tronchi nervosi l'evoluzione è più lenta.

La maggior parte delle lesioni nervose osservate in seguito e intossicazioni per ossido di carbonio rientrano nel gruppo delle nevriti per ischemia. — Dal punto di vista medico legale bisogna sapere che quando uno ha sotto gli occhi, in seguito ad avvelenamento per ossido di carbonio, il quadro di una polinevrite generalizzata degli arti inferiori o di tutti quattro gli arti, bisogna pensare all'esistenza di disturbi nervosi d'origine tossica o tossico infettiva sopraggiunta e specie alla polinevrite alcoolica la cui apparizione può essere favorita dall'intossicazione ossicarbonica, ma che non è in rapporto diretto con quella di causa ad effetto.

M. Ferrari. — *Dissociazione tra riflessi tendinei e cutanei nell' alcoolismo cronico.* — « La Clin. Med. Ital. », n. 5, 1913.

L' A. ha ricercato il modo di comportarsi dei vari riflessi tendinei (rotulei, achillei, olecranici bicipitali) e cutanei (addominali cremasterici, plantare) su pazienti distribuiti e compartiti in 3 gruppi : nel primo alcoolizzati cronici senza apprezzabili od apparenti lo-

calizzazioni encefaliche ; nel secondo con localizzazioni encefaliche; nel terzo con localizzazioni midollari e periferiche.

Le osservazioni fatte dimostrebbero che nella intossicazione alcoolica cronica non c' è vero e proprio antagonismo tra riflessi cutanei e tendinei.

I riflessi variano a seconda delle lesioni indotte dall' alcool, e nella intossicazione alcoolica semplice senza localizzazioni cerebrali i riflessi sono per lo più esagerati in toto. Tale esagerazione si verifica ancora nella maggior parte di frenosi alcoolica.

Nelle forme paralitiche si osserva con maggior frequenza la esagerazione dei riflessi in specie negli studi iniziali, ma in periodo avanzato si ha talvolta la dissociazione. In una interessante osservazione di epilessia alcoolica si trovarono esagerati i riflessi tendinei (rotulei, achillei, ecc.) sia degli arti superiori che inferiori con assenza completa dei riflessi cutanei.

I riflessi rotulei erano esagerati a tal segno, che la sola percussione lievissima della rotula (r. del Negro) provocava clono di tutto l' arto. La dissociazione della reflettività era dunque evidentissima.

Ricercando adunque il comportamento dei riflessi sia superficiali che profondi nelle diverse sindrome di intossicazione cronica alcoolica, non pare esista un vero e proprio antagonismo tra i riflessi cutanei e i tendinei; che in tali forme sono spesso esagerati in toto negli stati iniziali, mentre in stadi avanzati di gravi lesioni si può avere la dissociazione della refettività.

Feldmann. — *Le malattie nervose dei fumatori di tabacco.* — « Riv. Crit. di Clinica Medica », n. 20, 1913.

L' A. stabilita la etiologia della forma nervosa, fa un raggruppamento schematico dei quadri clinici e distingue: 1.° tipi cerebrali, 2.° periferico-spinali, 3.° affezioni nervose degli organi interni.

Nel primo gruppo, cerebrale, vi sono i seguenti sintomi generali: cefalee, ronzio, vertigine, disturbi del sonno, anomalie psichiche, disturbi della coscienza, quadri meningei. Non esclude

la possibilità di un'epilessia nicotinica; Frankl-Hochwart ha dimostrato che vi sono attacchi di emicrania nicotinica. Fra i sintomi da focolaio e dei nervi cerebrali si osservano nei fumatori: disturbi della parola, disturbi del cocleovestibolare, emiparesi ed emiparestesie, disturbi visivi, dell' olfatto e del gusto, affezioni di altri nervi endocranici.

Il secondo gruppo, tipi spinali e periferici, contiene osservazioni interessanti su nevralgie individualizzate e polinevriti, i di cui legami del nicotinismo non destano alcun dubbio. Si notano anche un zoppicamento intermittente e crampi nello scrivere.

Nel terzo gruppo vi sono affezioni degli organi interni, relazioni fra le anomalie respiratorie e circolatorie nei fumatori coll' arterosclerosi; la brachicardia, la tachicardia, l'aritmia, palpitazioni, angina *pectoris*, respiro di *Cheyne Stokes*, disturbi gastro-intestinali vescico-genitali. Inoltre seguono malattie della pelle, pruriti, orticaria.

Dal complesso di questo libro colpisce il numero grande di disturbi nervosi che insorgono nella tenera età più nei fumatori di sigarette che di sigari.

Come conclusione si può affermare che il fumare nella giovane età, specie prima della pubertà, è in modo speciale dannoso per l' organismo.

E. Fenoglietto. — *Sopra un caso di polinevrite gravidica unita a morbo di Flaiani Basedow.* -- « Riv. di Patol. nerv. e ment. », fasc. 10, 1913.

L' autore espone un caso osservato in una donna di 33 anni nella quale dopo un parto prematuro ebbe a notarsi la comparsa del morbo di Basedow con sintomi di grave polinevrite. Dopo lunga discussione sull' argomento viene alle seguenti conclusioni:

1) Se è naturale che durante lo stato di gravidanza e periodi successivi possano osservarsi alterazioni patologiche nelle varie parti del sistema nervoso centrale e periferico, che debbano essere considerate come risultato di pura coincidenza, e che ripetano quindi la loro origine dalle cause comuni, provocatrici di queste lesioni (alcoolismo, infezioni, intossicazioni ecc). esistono

calizzazioni encefaliche ; nel secondo con localizzazioni encefaliche; nel terzo con localizzazioni midollari e periferiche.

Le osservazioni fatte dimostrebbero che nella intossicazione alcoolica cronica non c' è vero e proprio antagonismo tra riflessi cutanei e tendinei.

I riflessi variano a seconda delle lesioni indotte dall' alcool, e nella intossicazione alcoolica semplice senza localizzazioni cerebrali i riflessi sono per lo più esagerati in toto. Tale esagerazione si verifica ancora nella maggior parte di frenosi alcoolica.

Nelle forme paralitiche si osserva con maggior frequenza la esagerazione dei riflessi in specie negli studi iniziali, ma in periodo avanzato si ha talvolta la dissociazione. In una interessante osservazione di epilessia alcoolica si trovarono esagerati i riflessi tendinei (rotulei, achillei, ecc.) sia degli arti superiori che inferiori con assenza completa dei riflessi cutanei.

I riflessi rotulei erano esagerati a tal segno, che la sola percussione lievissima della rotula (r. del Negro) provocava clono di tutto l' arto. La dissociazione della reflettività era dunque evidentissima.

Ricercando adunque il comportamento dei riflessi sia superficiali che profondi nelle diverse sindrome di intossicazione cronica alcoolica, non pare esista un vero e proprio antagonismo tra i riflessi cutanei e i tendinei; che in tali forme sono spesso esagerati in toto negli stati iniziali, mentre in stadi avanzati di gravi lesioni si può avere la dissociazione della refettività.

Feldmann. — *Le malattie nervose dei fumatori di tabacco.* — « Riv. Crit. di Clinica Medica », n. 20, 1913.

L' A. stabilita la etiologia della forma nervosa, fa un raggruppamento schematico dei quadri clinici e distingue: 1.° tipi cerebrali, 2.° periferico-spinali, 3.° affezioni nervose degli organi interni.

Nel primo gruppo, cerebrale, vi sono i seguenti sintomi generali: cefalee, ronzio, vertigine, disturbi del sonno, anomalie psichiche, disturbi della coscienza, quadri meningei. Non esclude

la possibilità di un'epilessia nicotinica; Frankl-Hochwart ha dimostrato che vi sono attacchi di emicrania nicotinica. Fra i sintomi da focolaio e dei nervi cerebrali si osservano nei fumatori: disturbi della parola, disturbi del cocleovestibolare, emiparesi ed emiparestesie, disturbi visivi, dell' olfatto e del gusto, affezioni di altri nervi endocranici.

Il secondo gruppo, tipi spinali e periferici, contiene osservazioni interessanti su nevralgie individualizzate e polinevriti, i di cui legami del nicotinismo non destano alcun dubbio. Si notano anche un zoppicamento intermittente e crampi nello scrivere.

Nel terzo gruppo vi sono affezioni degli organi interni, relazioni fra le anomalie respiratorie e circolatorie nei fumatori coll' arterosclerosi; la brachicardia, la tachicardia, l'aritmia, palpitazioni, angina *pectoris*, respiro di *Cheyne Stokes*, disturbi gastro-intestinali vescico-genitali. Inoltre seguono malattie della pelle, pruriti, orticaria.

Dal complesso di questo libro colpisce il numero grande di disturbi nervosi che insorgono nella tenera età più nei fumatori di sigarette che di sigari.

Come conclusione si può affermare che il fumare nella giovane età, specie prima della pubertà, è in modo speciale dannoso per l' organismo.

E. Fenoglietto. — *Sopra un caso di polinevrite gravidica unita a morbo di Flaiani Basedow.* -- « Riv. di Patol. nerv. e ment. », fasc. 10, 1913.

L' autore espone un caso osservato in una donna di 33 anni nella quale dopo un parto prematuro ebbe a notarsi la comparsa del morbo di Basedow con sintomi di grave polinevrite. Dopo lunga discussione sull' argomento viene alle seguenti conclusioni:

1) Se è naturale che durante lo stato di gravidanza e periodi successivi possano osservarsi alterazioni patologiche nelle varie parti del sistema nervoso centrale e periferico, che debbano essere considerate come risultato di pura coincidenza, e che ripetano quindi la loro origine dalle cause comuni, provocatrici di queste lesioni (alcoolismo, infezioni, intossicazioni ecc). esistono

senza dubbio *forme morbose del sistema nervoso che debbono ritenersi sicuramente legate allo stato gravidico-puerperale, perchè stanno con questo nel rapporto di causa ad effetto.*

2) questi processi sicuramente gravidici sono prodotti con l' intermediario di una alterata funzione delle ghiandole a secrezione interna.

3) Il pervertimento biologico di questi organi endocrini è dipendente da una anomalia nelle secrezioni armoniche della placenta, del feto, delle ghiandole mammarie e delle ovarie, e da cause predisponenti che riflettono le costituzione anatomica e biologica di queste ghiandole ormogene.

4) È necessario, per renderci ragione della rarità di questi fatti patologici del sistema nervoso, ammettere in tali casi una minore resistenza del tessuto nervoso ed una affinità speciale verso i veleni gravidico-puerperali.

5) I criteri su cui noi dobbiamo fondarci per diagnosticare sicuramente queste forme, oltre che dalla mancanza dei momenti eziologici che sono comunemente riconosciuti come fattori efficenti di queste malattie, si debbono desumere dal fatto della contemporaneità di sviluppo durante la gravidanza e delle modificate condizioni delle ghiandole endocrine e dell' apparizione dei sintomi nervosi. Un altro ottimo criterio è tratto dagli effetti della cura opoterapica, la quale si dimostra efficace tanto sulla lesione ghiandolare, quanto su quella del sistema nervoso.

Dott. Tambroni R. — *La lesione del facciale nei pellagrosi.* — « Giornale di psichiatria clinica e termica manicomiale », anno XL, 1912, fasc. III-IV.

L'A. pubblica, in quadri statistici i risultati ottenuti osservando 195 individui pellagrosi (N. 71. D. 124). Egli trova che il faciale è leso nel 54,85 °/₀ dei casi. Non è possibile dare per ora una spiegazione della grande frequenza di tale lesione, ma certamente l'elemento pellagrogeno vi deve avere una grande importanza.

Dr. G. Markeloff (Bessa). — *Le secrezioni interne e la neurologia*. — « Archives de Neurologie » tome 2me, 1911, pag. 277.

Secondo i dati della fisiologia moderna, ogni organo, ogni tessuto e persino ogni cellula stessa ha la sua secrezione interna, vale a dire la facoltà di versare nel sangue i prodotti specifici del suo lavoro, ed esercitare per tal modo una influenza su tutto l' organismo e sulle sue parti costitutive. La secrezione interna, nel senso più stretto della parola, è la produzione, per mezzo di diverse ghiandole, di sostanze chimiche, le quali possono esercitare una certa influenza su altre ghlandole.

I prodotti di queste secrezioni ghiandolari, di alta importanza di logica, sono disgraziatamente ancora poco conosciuti, eccetto in ciò che concerne il prodotto del sistema cromaffino, che è relativamente bene studiato e la cui fisionomia chimica è bene conosciuta.

Da lungo tempo si conoscono già certi legami fra le diverse ghiandole. Sapevasi ad esempio, che a cominciare del periodo della maturità sessuale il timo subisce un' evoluzione regressiva che a quest' epoca appariscono dei cambiamenti nella ghiandola tiroide ; che durante la gravidanza le ghiandole mammarie subiscono modificazioni importanti. Ma si supponeva ciò dovuto a rapporti nervosi.

Grazie ai recenti progressi della patologia sperimentale si riconobbe alle secrezioni interne un campo d' azione assai più largo, con tutt' altro significato. Alcuni organi poco conosciuti presero un' importanza di primo ordine nei processi biologici.

Malgrado le differenze di struttura, di localizzazione e delle speciali loro funzioni, tutte le ghiandole endocrine formano un apparecchio complesso. che da una parte pare regolare gli scambi nutritivi e dall' altra gode della proprietà di stimolare e di eccitare l' accrescimento dei diversi organi e tessuti.

La soppressione della secrezione di una ghiandola qualsiasi provoca un doppio ordine di disturbi : quelli cioè dipendenti dalla

sua azione specifica e quelli che ne sorgono come conseguenza dell' alterazione di altre ghiandole sulle quali quella esercitava una funzione di inibizione o di stimolazione.

Per spiegare il meccanismo d' azione dì queste secrezioni interne lo Starling propose la teoria degli ormoni. Egli cioè suppone che una ghiandola esercita un' influenza su altre ghiandole per l' intermediario di un ormone (eccitatore), il quale sarebbe perciò il prodotto di una ghiandola che può stimolare od inibire l' attività di altre ghiandole.

Carattere dell' ormone sarebbe la sua elettività, vale a dire la facoltà di agire di un certo modo solamente sopra un organo determinato. Così l' ormone, secreto da un uovo fecondato eccita l' attività funzionale delle ghiandole mammarie ; Lane-Claypon e Starling dimostrarono che un estratto di feto iniettato da una femmina vergine provoca l' aumento delle ghiandole mammarie ; ad una femmina pluripara produce la secrezione del latte.

Fra sistema nervoso simpatico e ghiandole endocrine vi ha una reciprocanza stretta di azione.

Non è raro che un ormone eserciti sul sistema nervoso centrale e sul sistema nervoso ganglionare degli effetti opposti.

Gli ormoni delle ghiandole surrenali, della tiroide, dell' ipofisi eccitano il nervo simpatico ; quelli del pancreas e delle ghiandole paratiroidee eccitano il sistema nervoso centrale.

Proprietà caratteristica degli ormoni, è l' antagonismo della loro azione sugli scambi nutritivi.

I lavori di Falda, Bertelli e Sweger hanno stabilito che gli ormoni i quali hanno la proprietà di aumentare il tono del sistema nervoso simpatico producono l' irritazione del midollo delle ossa provocando l' aumento dei leucociti neutrofili, colla diminuzione e talvolta sparizione degli eosinofili per contro quelli che aumentono il tono del vago favoriscono l' apparizione degli eosinofili.

Alle considerazione generali l' Autore fa seguire l' esame di alcune malattie in rapporto colle alterazioni degli ormoni di diverse ghiandole, e accenna dapprima alla malattia del Basedow, ai varii

processi morbosi della quale concorrono parecchie ghiandole, quali il corpo tiroide, le surrenali, il pancreas, le ovaia, il timo, l' ipofisi.

Nel mixedema abbiamo un quadro affatto differente, notiamo fenomeni d' inibizione da parte del sistema nervoso centrale, rallentamento dei processi psichici e vegetativi.

E collo stato di insufficienza tiroidea possono collegarsi altre affezioni, quali il cretinismo, molte forme di infantilismo.

Ad alterazioni della parte ghiandolare dell' ipofisi va connessa l' acromegalia, cui per lo più si congiungono disturbi nelle funzioni degli organi sessuali; e vi sono osservazioni che lasciano supporre l' esistenza di una azione ricorrente fra l' ipofisi ed il corpo tiroide.

L' estratto di ipofisi eccita la secrezione delle capsule soprarenale, ciò che fa comprendere la frequenza della glicosuria nella acromegalia.

La tetania è collegata ad insufficienza delle ghiandole paratiroidee, ed a loro disturbi, secondo il Vassale, il Marsaglia e lo Sparapani, sarebbero pure dovuti la spasmofilia infantile, l' eclampsia ed alcune forme di epilessia.

Coll' iperfunzionalità artificiale delle ghiandole surrenali mediante iniezioni di adrenalina si vince l' asma, e con quella della ghiandola tiroide si vince la emicrania.

Col progresso della fisiologia e della patologia il numero delle cosidette neurosi, vale a dire affezioni senza substrato materiale, va per tal modo facendosi sempre più ristretto e più fondato risulta il sospetto che esse siano legate a lesioni di secrezione delle ghiandole interne, come i successi dell' opoterapia vanno sempre più dimostrando.

Da ciò la necessità in queste malattie di sempre meglio approfondire l' esame dello stato ghiandolare interno.

P. Marie, De Martel e Chatelin. — *Chirurgia del sistema nervoso.* — « Revue neurol. », n. 14, 1913.

Riassumono brevemente i risultati ottenuti in 30 casi.

Otto atti operativi a scopo decompressivo vennero praticati per sindrome di ipertensione, in rapporto allo sviluppo di tumori.

Tre malati morirono, due per emorragia protuberenziale, il terzo in seguito ad una metastasi cerebrale, conseguente ad un cancro nel pancreas. Gli altri cinque sono molto migliorati o completamente guariti. In tre altri casi venne praticata una trapanazione decompressiva completata da una apertura della dura madre. Uno di questi, affetto da glioma infiltrato nella regione rolandica con epilessia iacksoniana e disartria, vide questi sintomi scomparire completamente in capo a 6 mesi. Negli altri due casi si trattava di voluminosi gliomi infiltrati nella regione temporale e occipitale: essi morirono tre settimane dopo l'intervento.

In quattro gli AA. ricorsero alla decompressione cerebellare: in due che erano affetti da tumori pontocerebellari ottennero la retrocessione di quasi tutta la sintomatologia tranne dei disturbi dell'equilibrio; il terzo aveva una menengite sierosa incistata dell'angolo pontocerebellare sinistro; il quarto presentava un osteoma voluminoso dell'occipitale, al lato sinistro, con cefalea persistente e lievi disturbi cerebellari che sono completamente dileguati dopo l'intervento.

In cinque casi venne praticata la trapanazione decompressiva semplice nella zona di elezione per crisi di epilessia iackosoniana senza fenomeni di ipertensione: due sono completamente guariti, gli altri tre operati da poche settimane, non hanno più presentato finora, nuovi accessi.

In due casi si praticò la puntura del corpo calloso, in bambini verosimilmente affetti da tumore cerebellare, l'intervento è troppo recente perchè si possa giudicare della sua efficacia terapeutica, ma dal punto di vista operativo ebbe pieno successo.

Dei tre tumori dei quali s'intervenne, il primo era un voluminoso neoplasma dell'angolo pontocerebellare e l'ammalato morì quarantotto ore dopo con sintomi di decompressione bulbare; nel secondo caso venne asportato un voluminoso tumore del lobo frontale destro con guarigione quasi completa della ammalata, è solo residuata l'atrofia ottica; il terzo aveva un glioma dell'emisfero sinistro del cervelletto che venne resecato. Gode attualmente buona salute, a quattro mesi dall'intervento.

Sul midollo gli atti operativi furono pochi.

In un ammalato con crisi gastriche tabetiche, venne praticata l'operazione di Franke con lievissimo miglioramento, si tentò allora l'operazione di Forster, ma l'ammalato, già cachettico, morì prima dell'apertura della dura madre.

In un caso di compressione del midollo cervicale per frattura, datante da più mesi, la semplice laminectomia provocò un'intromissione del cervelletto nel foro occipitale con morte immediata.

Un'altra laminectomia per tumore extramidollare fu seguita da coma progressivo mortale in poche ore. All'autopsia si vide trattarsi di una neurogliomatosi generalizzata a tutto l'asse cerebrospinale.

In un quarto caso si trattava di un tumore anulare extramidollare intradurale, comprimente il secondo e terzo segmento cervicale e provocante una quadriplegia datante da tre anni.

Ora, a sei mesi di distanza, la guarigione è molto avanzata.

Diagnosi differenziale tra l'idrocefalo acuto e i tumori cerebrali per mezzo dei raggi Roentgen.

Il Bertolotti « Revue Neurologique, 1912 », ha portato recentemente nuova luce sulla diagnostica differenziale fra l'idrocefalo acuto senza aumento di volume del capo e i tumori cerebrali fondandosi su studi radiologici di crani idrocefalici.

Le ricerche di questo Autore sulla craniotabe rachitica della prima infanzia, e in generale in tutti i casi di ipertensione cere-

P. Marie, De Martel e Chatelin. — *Chirurgia del sistema nervoso.* — « Revue neurol. », n. 14, 1913.

Riassumono brevemente i risultati ottenuti in 30 casi.

Otto atti operativi a scopo decompressivo vennero praticati per sindrome di ipertensione, in rapporto allo sviluppo di tumori.

Tre malati morirono, due per emorragia protuberenziale, il terzo in seguito ad una metastasi cerebrale, conseguente ad un cancro nel pancreas. Gli altri cinque sono molto migliorati o completamente guariti. In tre altri casi venne praticata una trapanazione decompressiva completata da una apertura della dura madre. Uno di questi, affetto da glioma infiltrato nella regione rolandica con epilessia iacksoniana e disartria, vide questi sintomi scomparire completamente in capo a 6 mesi. Negli altri due casi si trattava di voluminosi gliomi infiltrati nella regione temporale e occipitale: essi morirono tre settimane dopo l'intervento.

In quattro gli AA. ricorsero alla decompressione cerebellare: in due che erano affetti da tumori pontocerebellari ottennero la retrocessione di quasi tutta la sintomatologia tranne dei disturbi dell'equilibrio; il terzo aveva una menengite sierosa incistata dell'angolo pontocerebellare sinistro; il quarto presentava un osteoma voluminoso dell'occipitale, al lato sinistro, con cefalea persistente e lievi disturbi cerebellari che sono completamente dileguati dopo l'intervento.

In cinque casi venne praticata la trapanazione decompressiva semplice nella zona di elezione per crisi di epilessia iackosoniana senza fenomeni di ipertensione: due sono completamente guariti, gli altri tre operati da poche settimane, non hanno più presentato finora, nuovi accessi.

In due casi si praticò la puntura del corpo calloso, in bambini verosimilmente affetti da tumore cerebellare, l'intervento è troppo recente perchè si possa giudicare della sua efficacia terapeutica, ma dal punto di vista operativo ebbe pieno successo.

Dei tre tumori dei quali s'intervenne, il primo era un voluminoso neoplasma dell'angolo pontocerebellare e l'ammalato morì quarantotto ore dopo con sintomi di decompressione bulbare; nel secondo caso venne asportato un voluminoso tumore del lobo frontale destro con guarigione quasi completa della ammalata, è solo residuata l'atrofia ottica; il terzo aveva un glioma dell'emisfero sinistro del cervelletto che venne resecato. Gode attualmente buona salute, a quattro mesi dall'intervento.

Sul midollo gli atti operativi furono pochi.

In un ammalato con crisi gastriche tabetiche, venne praticata l'operazione di Franke con lievissimo miglioramento, si tentò allora l'operazione di Forster, ma l'ammalato, già cachettico, morì prima dell'apertura della dura madre.

In un caso di compressione del midollo cervicale per frattura, datante da più mesi, la semplice laminectomia provocò un'intromissione del cervelletto nel foro occipitale con morte immediata.

Un'altra laminectomia per tumore extramidollare fu seguita da coma progressivo mortale in poche ore. All'autopsia si vide trattarsi di una neurogliomatosi generalizzata a tutto l'asse cerebrospinale.

In un quarto caso si trattava di un tumore anulare extramidollare intradurale, comprimente il secondo e terzo segmento cervicale e provocante una quadriplegia datante da tre anni.

Ora, a sei mesi di distanza, la guarigione è molto avanzata.

Diagnosi differenziale tra l'idrocefalo acuto e i tumori cerebrali per mezzo dei raggi Roentgen.

Il Bertolotti « Revue Neurologique, 1912 », ha portato recentemente nuova luce sulla diagnostica differenziale fra l'idrocefalo acuto senza aumento di volume del capo e i tumori cerebrali fondandosi su studi radiologici di crani idrocefalici.

Le ricerche di questo Autore sulla craniotabe rachitica della prima infanzia, e in generale in tutti i casi di ipertensione cere-

brale di questa età, hanno dimostrato che il meccanismo idraulico della pressione intraventricolare del liquido cefalo-rachidiano porta a risultati differenti secondo che si ha o meno una sinostosi completa delle ossa della calotta. Se essa non è ancora completa il liquido cefalico divarica i bordi delle suture allargando le regioni bregmatiche anteriore e posteriore, portando alla caratteristica testa a pera degli idrocefalici. Radiologicamente l' angolo sfenoidale di questi individui è più ampio dell'angolo sfenoidale normale. Se la sinostosi è ancora assai incompleta, la deformazione più saliente del capo si rivela con malformazioni craniche evidenti rilevabili dalla conformazione esterna della calotta. In questo caso il diagnostico è facile.

Ben diverse sono le cose allorchè si tratta di meningiti sierose ventricolari con saldatura completa o quasi delle ossa della calotta cranica; in questi casi l' ipertensione non riesce a produrre un aumento di volume del capo, ma produce un'atrofia molto notevole del tavolato interno delle ossa craniche, e a decorso molto rapido, tanto che si può verificare in pochi giorni dall' inizio del processo idrocefalico. La esplorazione del cranio a mezzo della radiografia assume in questi casi un'importanza notevole, poichè essa sola svelando la eventuale usura delle pareti craniche può indirizzare alla diagnosi. E l'A. riporta appunto un caso d'idrocefalo acuto, ora è poco pubblicato da Mattirolo e Battistini, in cui la diagnosi radiografica si era mostrata al controllo anatomico molto precisa.

Resta però il dubbio se anche i tumori endocranici possano produrre siffatte alterazioni. Ora il Bertolotti asserisce che dalle sue numerose ricerche risulta che nei tumori cerebrali tale fatto non si verifica e che l'atrofia interna della calotta corrispondente alle circonvoluzioni cerebrali è direttamente in rapporto con la tensione del liquido intraventricolare.

La ragione di questo fatto probabilmente sta in ciò che mentre nei tumori, stabilendosi l'ipertensione cerebrale in modo lento e progressivo, non si ha un'azione diretta sulle ossa craniche, nella me-

nengite sierosa ventricolare la crescita del liquido cefalo-rachidiano essendo molto intensa e molto rapida produce l'usura della superficie interna della calotta che viene così ad adattarsi alle circonvoluzioni cerebrali, sicchè la parte interna della teca cranica viene nella parte usurata ad assumere l'impressione della circonvoluzione che le è a contatto.

Le malattie nervose nel 1913. — Da « La riforma medica », n. 46, novembre 1913, togliamo:

Volere fare una rivista di tutti i lavori nuovi pubblicati sul vasto argomento delle malattie nervose tutte le questioni vive discusse, sarebbe cosa troppo ardua se non impossibile del tutto.

Oramai il vertiginoso lavoro scientifico produce tanta copia di lavori su un solo argomento, che è difficile a mente umana abbracciarli tutti in uno schizzo sintetico e chiaro. Il presente articolo perciò si limita solo ad alcuni argomenti vitali e più importanti.

Le localizzazioni cerebrali hanno dato luogo ad una serie di importantissime ricerche che modificano notevolmente le precise delimitazioni che di alcune date funzioni si avevano. I lavori del Dejerine, del Marie e dei loro allievi hanno in ciò portato un notevole contributo. La zona motrice che prima comprendeva la circonvoluzione frontale e parietale ascendente è stata ristretta solo alla frontale ascendente e al lobulo paracentrale. La parietale ascendente sembra, da nuove ricerche, che debba far parte della zona sensitiva, localizzata, con limiti molto incerti al lobo parietale. Le ricerche di Spiller, Bruns, Layeock, Mills e Weisenburg ecc. mostrano che i centri sensitivi sono lontani, almeno una parte di essi, dai centri motori. Gli studi di Roussy dimostrano inoltre che la parietale ascendente ha una funzione sensitiva, a cui potrebbe anche aggiungersi la circonvoluzione frontale ascendente la quale, accanto alla funzione motrice, sarebbe provvista della funzione sensitiva, venendo così a far parte di quella zona mista a cui Tripier ha dato il nome di zona sensitivo-motrice.

Si è visto che alle volte lesioni della frontale ascendente davano luogo a disturbi motori e della sensibilità, mentre in altri casi si avevano solo sintomi motori.

Del resto in questo campo fervono ancora le ricerche e le ardenti discussioni.

L'ablazione sperimentale degli emisferi cerebrali è stata praticata da Karplus e Kreidl i quali hanno tolto un emisfero completo ad un Macacus rhesus producendo paralisi della metà del corpo, senza alterazioni della sensibilità. Zeleny è riuscito a togliere ad un cane i due emisferi; in questo animale il suono anche leggero provocava una reazione motrice facendogli raddrizzare le orecchie; il pasto finto, praticato con la fistola esofagea causava la secrezione gastrica. La masticazione e la deglutizione erano possibili.

Ancora più oscure in fisiologia nervosa sono le funzioni del cervelletto. Importanti sono su questo argomento, le ricerche del Marassini, von Rynberk, Vincenzoni, Hulsoff-Poll e principalmente di Rothman, Thomas e Durupt.

La lesione del lobo quadrangolare dritto, lontano dalla linea mediana e rispettante il verme, produce un disturbo, una dismetria dell'arto superiore dello stesso lato. La lesione del lobo semilunare causa dismetria dell'arto inferiore dello stesso lato.

Le lesioni del lobo laterale producono delle alterazioni nei muscoli flessori ed estensori. La lesione profonda del verme disturba l'equilibrio. Nelle alterazioni del lobo laterale sono disturbati non solo i movimenti attivi ma anche i passivi, perchè l'animale tende a mantenere le posizioni che passivamente si sono impresse agli arti. Alcuni disturbi infine si avvicinano alla sindrome dell'adiadococinesia descritta da Babinski negli ammalati con lesioni cerebellari.

Le funzioni dei nuclei del cervelletto sono ancora del tutto ignote.

Un lavoro di Ferry rimette in discussione la quistione del rammollimento cerebrale per arterie a distanza. Questa forma è stata osservata da molto tempo da Bristowe, Lanceraux, Brissaud e de Massary, Frénel ecc. Nei casi pubblicati da questi autori si trat-

tava di rammollimenti cerebrali progressivi ed estesi, la cui causa risiedeva in una alterazione delle pareti ed occlusione della carotide interna. Il Ferry riferisce di un altro caso simile, e crede che ogni alterazione della carotide interna e anche la semplice legatura possa dare origine a questa degerazione progressiva a decorso fatale. Sembra però che le legature asettiche non creano rammollimenti, e che l'alterazioni delle pareti arteriali, dovute o alla sifilide o all'arterio-sclerosi, contribuiscono al sorgere di detto processo.

Un articolo di Duprè, affatto recente, mette in luce i rapporti di debolezza e squilibrio motore nei deboli di mente.

L'insufficienza psichica, dalle forme gravi d'idiozia, alle più leggiere, è dovuta ordinariamente a delle lesioni congenite o infantili precoci che impediscono e alterano lo sviluppo della corteccia e dei centri superiori. Tali encefalopatie intra-uterine e infantili precoci possono attaccare solamente i centri psichici producendo della debolezza mentale, però nella massima parte dei casi, tali lesioni si estendono alle altre zone corticali, alle motorie come a quelle sensitive, causando un complesso sintomatico che deriva dalla somma ai sintomi di ordine motorio o sensitivo.

Tali lesioni producono una agenesia corticale più o meno grave, più o meno sensibile, che può arrivare nei casi più lievi, ad una alterazione di ordine aplastico degli elementi più nobili della corteccia.

Sotto il nome di debolezza motrice il Duprè intende uno stato patologico congenito della motilità spesso ereditario e famigliare, caratterizzato dall'esagerazione dei riflessi tendinei, dall'alterazione dei riflessi plantari, e da una specie di ipertonia muscolare diffusa, in rapporto ai movimenti intenzionali, che produce la impossibilità di realizzare la risoluzione muscolare.

A questa alterazione ha dato il nome di paratonia. Nei paratonici i muscoli esaminati si contraggono in varia intensità, sempre però in rapporto proporzionale con lo sforzo volitivo fatto per produrre il rilasciamento. In questa condizione morbosa il muscolo entra

in uno stato d'ipertonia, che ha per conseguenza di porre il segmento dell'arto interessato in uno stato di catalessi momentanea.

Si tratta di una insufficienza del potere d'inibizione volontaria sopra la muscolatura degli arti.

Essa è bilaterale ma però asimmetrica, ed ha stretti rapporti con la sincinesia. Quest'ultima però, in grado molto debole, può trovarsi anche nelle persone normali, e si mette in evidenza negli sforzi energici.

Una conseguenza abituale della sincinesia è la partecipazione degli arti superiori ai movimenti alternati degli arti inferiori nel cammino. Questo sintomo segnalato dal Marey, rappresenta un reliquato del cammino quadrupede degli antenati. Esso si troverebbe più accentuato nella debolezza e nello squilibrio motorio.

Nei paratonici la manovra di Feudrassik per la ricerca dei riflessi tendinei produce una maggiore contrazione dei muscoli degli arti inferiori, per una diffusione sincinetica. Spesso tale contrazione simula una contrazione di difesa, e ciò specialmente nella muscolatura addominale.

Merklen ha unito alla sindrome della debolezza matrice una varietà di enuresi infantile, e consiglia inoltre, in tale forma morbosa, la ricerca della debolezza motrice palpebrale, che consiste nella mancata indipendenza a chiudere od aprire volontariamente un solo occhio.

Oltre questi sintomi possono ricordarsi ancora : la goffaggine costituzionale nel compiere dati movimenti, malgrado l'esercizio e la migliore volontà, la catalettibilità, spesso il mancinismo ecc.

Il termine di debolezza motrice non deve designare un difetto di energia nella contrazione, nè un deficit paralitico o paretico, implicante una diminuzione della forza muscolare, ma solo uno stato d'insufficienza e di imperfezione delle funzioni motrici.

Tale sindrome deve essere riferita ad una insufficienza del fascio piramidale, sia per agenesia essenziale, sia per una encefalopatia infantile precoce. Essa è normale nei neonati e può prolungarsi fino ai quattro o cinque anni negli atrepsici.

Lo squilibrio motore può mostrarsi sotto forme cliniche diverse

dalla sindrome descritta precedentemente, però può andare con essa associato.

Una delle forme frequenti con la quale si manifesta è il tremore nelle sue forme: primaria o secondaria. Esso qualunque sia la sua origine, indica una eredità neuròpatica diretta o indiretta, che un agente causale qualsiasi e di natura e intensità differente può fare comparire.

Il nistagno, nelle sue varietà differenti delle lesioni cerebrali o protuberenziali, può associarsi a questa forma.

La corea è anche un segno di squilibrio motore di cui spesso l' agente causale è emotivo o tossinfettivo, e di essa ha speciale importanza in questo caso, la corea variabile dei degenerati, ove questa forma si associa ai sintomi più manifesti della degenerazione psichica. Lo stesso può dirsi per la corea cronica di Huntington.

Altra forma è rappresentata dall' agitazione motrice continua che si osserva in alcuni giovani deboli. Si nota in essi come carattere precipuo la instabilità. Un certo numero di questi soggetti, instabili ed affetti da una specie di eretismo locomotore divengono dei vagabondi, spinti da un bisogno incoer cibile di movimento.

Le mioclonie, l' epilessia, la tetania, gli spasmi della muscolatura liscia, i crampi funzionali o professionali, i vizi della parola, i tic, le stereotipie, le catatonie ecc., sono tutti sintomi diversi e manifestazioni molteplici di una debolezza motoria che trova la sua causa in una lesione ereditaria o infantile precoce della corteccia.

Lesione anatomica la cui appariscenza è più o meno sensibile e spesso quasi nulla.

Intorno alla malattia di Little dopo la bellissima tesi della sig.ra Longo - Landry, pochi lavori si sono pubblicati. Di tale malattia quello che maggiormente in questi ultimi tempi interessato, è la etiologia. Barbonneix ha dimostrato l'influenza degli orecchioni sofferti dalla madre durante la gravidanza.

Hutinel, Fixier, Adeline, hanno portato argomenti a favore dell' origine sifilitica, cosa che ammettevano di già Fournier e Gilles

de la Tourrette. Simile opinione hanno sostenuto De Amicis, Chiara, König, Vizioli, Freud, Oddo ecc.

Brissaud emette però un' idea opposta. Disgraziatamente non tutti i casi sono probativi per tale etiologia.

I lavori sulle meningiti si sono moltiplicati. Una forma di cui. fino a poco tempo fa s' ignorava l' esistenza era la meningite cerebro - spinale epidemica dei lattanti. Essa è stata messa in luce dai lavori di Progalsky, Goeppert, Guinon e Vieillard, Barbonneix e Fixier, Lesage e Colibert, Debrè, Nobecourt, Richardière e Lemaire, Triboulet, e recentemente Babaud. Da questi lavori si deduce che nei lattanti la meningite a meningococchi è frequente ed ha una notevole percentuale ; essa riveste varie forme, da quella fulminante a quella a ricadute, alla attenuata, alla convulsiva, alla eclamptica ecc.

La sua diagnosi è spesso difficile tra tante malattie che nei lattanti dànno una sintomatologia quasi identica.

Le forme della meningite tubercolare si sono andate mano mano moltiplicando.

Si sono descritte forme tetaniche, coreo - atetosiche, emiplegiche, epilettiche, cerebro - spinale, con *delirium tremens*, localizzate in placche, con sordità verbale, con ipotermia, con diarrea, con disturbi sensoriali, con sindrome di Weber, con afasia ecc. Questa molteplicità di forme fa si che è quasi impossibile fare una esatta classifica di esse. Dato che tutte le localizzazioni corticali e ventricolari sono possibili, è difficile pigliare un concetto costante da porre a base di detta classificazione. Ultimamente Roger ne ha fatto una fondandosi sui sintomi, sull' etiologia, sulle modificazioni del liquido cefalo-rachidiano etc.

Rènon, Geraude le Richet hanno osservato due casi di meningite tubercolare a forma emorragica, che si sommano ai casi precedentemente descritti da Chantemesse, Lortat - Jacob e Sabareanu, Villaret e Tixier, Paupe, Perrin, Guinon, Tinel, Altermann, Gougerot ecc.

Secondo Rènon, Geraudel e Richet, la differenziazione tra questa forma morbosa e la semplice emorragia meningea deve farsi

in base a questi elementi: coesistenza di un focolaio tubercolare in qualsiasi parte dell'organismo, sintomi generali più intensi nella meningite, formola citologica complessa, prevalenza dei mononucleari e linfaciti sui polinucleari e infine mancanza di ipertensione arteriale.

Le opinioni sul decorso della meningite tubercolare in generale, che prima si credeva quasi sempre fatale sono state modificate. Lutel, Barbier e Gougelet, Picard, Barth, Castaigne e Gourand, Claisse e Abrami, Vagnez e Digne, Hutinele, Tixier, Aviragnet, Dufour, Rist ecc. hanno pubblicati dei casi, nei quali il decorso della meningite tubercolare è stato benigno e spesso si sono avute delle guarigioni, di cui non si sa spiegare bene il meccanismo.

Degne di nota sono poi le meningiti sifilitiche già trattate da Widal, Sicard e Ravant.

Su tale argomento Roger ha pubblìcato un articolo molto importante.

I sintomi d' intossicazione nervosa prodotta nelle iniezioni di salvarsan, piombo tossina tetanica etc. notati a J. Camus possono assumere un decorso molto più grave, quando, per una causa qualunque, le meningi sono sede di una alterazione anche asettica. In tali casi la gravità delle manifestazioni si accentua e l' individuo può arrivare fino alla morte. Questi fatti sono stati confermati con ricerche sugli animali.

Una meningite banale quindi rende mortale una intossicazione, che altrimenti sarebbe stata ben sopportata.

J. Camus e Koussy inoltre hanno comunicato al recente Congresso di Londra che iniettando sperimentalmente nelle meningi degli animali delle sostanze irritanti si producono, oltre i fatti di meningite, delle cavità midollari larghe e dirette del senso verticale. Le lesioni meningee quindi entrerebbero nella patagenesi della siringomielia.

Per chiudere questa rapida rivista sulle meningiti ci resta di far parola di un nuovo riflesso trovato da Guillain nelle meningiti cerebro - spinali e nelle reazioni meningee acute. Esso consiste in ciò : stando l' ammalato coricato supino a gambe stese, una ecci-

de la Tourrette. Simile opinione hanno sostenuto De Amicis, Chiara, König, Vizioli, Freud, Oddo ecc.

Brissaud emette però un' idea opposta. Disgraziatamente non tutti i casi sono probativi per tale etiologia.

I lavori sulle meningiti si sono moltiplicati. Una forma di cui. fino a poco tempo fa s' ignorava l' esistenza era la meningite cerebro - spinale epidemica dei lattanti. Essa è stata messa in luce dai lavori di Progalsky, Goeppert, Guinon e Vieillard, Barbonneix e Fixier, Lesage e Colibert, Debrè, Nobecourt, Richardière e Lemaire, Triboulet, e recentemente Babaud. Da questi lavori si deduce che nei lattanti la meningite a meningococchi è frequente ed ha una notevole percentuale ; essa riveste varie forme, da quella fulminante a quella a ricadute, alla attenuata, alla convulsiva, alla eclamptica ecc.

La sua diagnosi è spesso difficile tra tante malattie che nei lattanti dànno una sintomatologia quasi identica.

Le forme della meningite tubercolare si sono andate mano mano moltiplicando.

Si sono descritte forme tetaniche, coreo - atetosiche, emiplegiche, epilettiche, cerebro - spinale, con *delirium tremens*, localizzate in placche, con sordità verbale, con ipotermia, con diarrea, con disturbi sensoriali, con sindrome di Weber, con afasia ecc. Questa molteplicità di forme fa si che è quasi impossibile fare una esatta classifica di esse. Dato che tutte le localizzazioni corticali e ventricolari sono possibili, è difficile pigliare un concetto costante da porre a base di detta classificazione. Ultimamente Roger ne ha fatto una fondandosi sui sintomi, sull' etiologia, sulle modificazioni del liquido cefalo-rachidiano etc.

Rènon, Geraude le Richet hanno osservato due casi di meningite tubercolare a forma emorragica, che si sommano ai casi precedentemente descritti da Chantemesse, Lortat - Jacob e Sabareanu, Villaret e Tixier, Paupe, Perrin, Guinon, Tinel, Altermann, Gougerot ecc.

Secondo Rènon, Geraudel e Richet, la differenziazione tra questa forma morbosa e la semplice emorragia meningea deve farsi

in base a questi elementi: coesistenza di un focolaio tubercolare in qualsiasi parte dell'organismo, sintomi generali più intensi nella meningite, formola citologica complessa, prevalenza dei mononucleari e linfaciti sui polinucleari e infine mancanza di ipertensione arteriale.

Le opinioni sul decorso della meningite tubercolare in generale, che prima si credeva quasi sempre fatale sono state modificate. Lutel, Barbier e Gougelet, Picard, Barth, Castaigne e Gourand, Claisse e Abrami, Vagnez e Digne, Hutinele, Tixier, Aviragnet, Dufour, Rist ecc. hanno pubblicati dei casi, nei quali il decorso della meningite tubercolare è stato benigno e spesso si sono avute delle guarigioni, di cui non si sa spiegare bene il meccanismo.

Degne di nota sono poi le meningiti sifilitiche già trattate da Widal, Sicard e Ravant.

Su tale argomento Roger ha pubblicato un articolo molto importante.

I sintomi d'intossicazione nervosa prodotta nelle iniezioni di salvarsan, piombo tossina tetanica etc. notati a J. Camus possono assumere un decorso molto più grave, quando, per una causa qualunque, le meningi sono sede di una alterazione anche asettica. In tali casi la gravità delle manifestazioni si accentua e l'individuo può arrivare fino alla morte. Questi fatti sono stati confermati con ricerche sugli animali.

Una meningite banale quindi rende mortale una intossicazione, che altrimenti sarebbe stata ben sopportata.

J. Camus e Koussy inoltre hanno comunicato al recente Congresso di Londra che iniettando sperimentalmente nelle meningi degli animali delle sostanze irritanti si producono, oltre i fatti di meningite, delle cavità midollari larghe e dirette del senso verticale. Le lesioni meningee quindi entrerebbero nella patagenesi della siringomielia.

Per chiudere questa rapida rivista sulle meningiti ci resta di far parola di un nuovo riflesso trovato da Guillain nelle meningiti cerebro - spinali e nelle reazioni meningee acute. Esso consiste in ciò : stando l'ammalato coricato supino a gambe stese, una ecci-

tazione del quadricipite di un lato (compressione, pizzico), produce nell' altro lato una flessione della coscia sul bacino, della gamba sulla coscia e un' abduzione di tutto l' arto.

Come si è detto esso si ha in tutte le forme meningee acute.

I riflessi di difesa hanno assunto in questo ultimo tempo una importanza sempre maggiore per il loro valore semeiologico e prognostico. Essi sono dei fenomeni indipendenti dalla volontà e provocati in certe paraplegie dalle minime eccitazioni dei tegumenti. Erano già stati descitti da Olliver d' Angeres, Charcot, Brown-Séquard, Vulpian etc.

Se in una rana decapitata e sospesa per un filo si punge una zampa posteriore, si osservano in questa un complesso di movimenti più o meno rapidi che hanno la finalità di allontanare lo stimolo. Se questo è forte i movimenti si osservano anche nelle altre membra.

Nell' uomo questi riflessi si osservano nei paraplegici, negli emiplegici e in tutte le alterazioni non completamente distruttive delle vie piramidali. Nelle emiplegie sono stati già studiati da Claude con il nome di ipercinesia riflessa.

Portando sopra un paraplegico, uno stimolo anche leggero sulla cute della gamba, si osserva una iperstensione dell' alluce, flessione del piede sulla gamba, e della gamba sulla coscia e infino della coscia sul bacino. Si può avere anche l' iperestensione dell'arto, o l'adduzione o l' abduzione. Nella maggior parte dei casi l' intensità e l' estensione del movimento è in rapporto con la forza dello stimolo.

Lo stimolo può essere dato dalla costrizione dell' arto, dalla pressione delle masse muscolari, dalla flessione forzata dell' alluce, dalla costrizione dell' avampiede (Marie e Foix), del passaggio di una corrente elettrica, dalla irritazione della mucosa rettale o uretrale etc.

Esplorando questi riflessi l' ammalato avverte un senso di malessere e di ambascia che lo affligge.

Oltre che provocati da detti stimoli, essi possono essere spontanei, e sono frequenti durante il sonno.

Altra manifestazione curiosa di questi riflessi sono i fenomeni controlaterali. Spesso stimolando la cute di un arto si vedono comparire i rifessi di difesa nell' arto opposto.

Babinski, Jarkowiski e Jumentié, Claude hanno osservato nella sindrome di Brown-Séquard detti riflessi dal lato opposto alle lesioni, cioè nel lato ove esistevano i disturbi sensitivi; Vulpian e Guillain invece li hanno visti dal lato della lesione.

Claude ha osservato la scomparsa lenta e graduale dei riflessi in un caso di emiplegia che si andava gradatamente aggravando.

Egli crede che questi riflessi non si hanno nelle lesioni distruttive delle vie piramidali, ma nelle compressioni, nell'edema etc.

Nei casi di ipertensione cranica essi scompariscono dopo la decompressione dei centri nervosi.

Molte ipotesi si sono date per spiegarne la natura, ma ben poco di certo c' è da dire.

Secondo André-Thomas una sola affermazione può essere emessa, che cioè essi sono dovuti alla sottrazione più o meno intiera del midollo spinale dai centri nervosi superiori.

Le malattie in cui si trovano sono: emiplegie complete transitorie, le incomplete allo inizio, le paralisi da edema cerebrale, meningeo, la distinzione ventricolare, le menengiti che si accompagnano a ipertensione cranica, le lesioni distruttive o noeplastiche del mesencefalo o del bulbo etc.

Mercè essi infine si può localizzare il limite inferiore della zona midollare lesa nelle compressioni spinali.

Le pubblicazioni di Martin e Darré, Martin e Guillain, A. Marie e Darré, Thiroux, G. Martin e Ringenbach, Spielmeyer, Marchoux, Nattan-Larrier, José de Magalhaes, Kerandel etc. hanno permesso di stabilire un insieme sintomatico dei disturbi nervosi della malattia del sonno. Essi sono simili a quelli che determinano la sifilide dei centri nervosi.

Nel periodo iniziale si hanno disturbi sensitivi caratterizzati da una iperestesia profonda che determina dolori forti alla compressione anche leggiera delle masse muscolari.

Nel periodo di stato gli accidenti cerebrali assurgono a più

grande importanza essi sono : la sonnolenza sia precoce che tardiva e le alterazioni psichiche. Con la sonnolenza si ha pure indifferenza, mal di testa, aspetto di ebete e stanchezza, questo stato si chiude con la morte dopo un periodo di cachessia più o meno lungo.

I disturbi mentali sono semprc costanti : irritabilità, collera, agitazione, insonnia, oppure : apatia, indifferenza, inattitudine al lavoro, indebolimento della memoria, abulia, al principio del decorso del male.

Nei periodi più avanzati si hanno : allucinazioni visive, olfative, uditive, cenestesiche, impulsioni che si fanno senza alcun ricordo nè coscienza, deliri, confusione mentale, demenza etc.

Possono anche osservarsi manifestazioni midollari come dolori iperestesie, paralisi, esagerazione dei riflessi ; manifestazioni bulbari : disturbi della masticazione, della deglutizione, del ritmo respiratorio e cardiaco, difetto di regolazione termica ; disturbi cerebellari : asinergia cerebellare, vertigini, disturbi dell' equilibrio; manifestazioni diverse come fenomeni di emiplegia, ictus apoplettiforme, epilettiforme, tremore intenzionale o non, tremore fibrillare della lingua, debolezza muscolare, atassia ecc.

L' esame del liquido cefalo-rachidiano svela una abbondanza di linfociti e di mononucleari.

La reazione di Wassermann è stata spesso trovata positiva.

In tanta concordanza di fenomeni però, è da notare nella malattia del sonno, l' assenza del segno di Argyll-Robertson.

Per il gozzo esoftalmico sono degne di nota le ricerche di Roussy e Clunet, i quali hanno trovato nella tiroide, tutte le modificazioni dovute ad un iperfunzionamento delle cellule.

Essi sono riusciti a produrre le stesse modificazioni, provocando l' iperplasia compensatrice del corpo tiroide.

Questi risultati coincidono con i favorevoli esiti, ottenuti con tutti quei mezzi curativi che tendono a diminuire la funzione tiroidea.

Fichera

Sull' epilessia alcoolica.

Il Prof. M. *Henri Claude* in una comunicazione fatta al Congresso della Lega Internazionale contro l' epilessia si occupò della diagnosi delle forme larvate di epilessia alcoolica e delle crisi psico-motorie dell' ebbrezza patologica. Così riferisce il *Policlinico:*

L' autore rileva come l' alcool da solo non sia sufficiente a produrre manifestazioni epilettiche: basterebbe a dimostrar ciò il fatto che è abbastanza rara l' epilessia alcoolica, mentre assai frequente — specialmente in alcuni paesi — è l' abuso dell' alcool. Nella maggior parte dei casi l' alcool non è che la causa efficiente che rende palese una disposizione epilettica allo stato latente. Talora l' alcool agisce come causa degli accessi epilettici unitamente con altri fattori intossicanti: si pensi a questo riguardo alle crisi di epilessia che si manifestano in bevitori polmonitici, sifilitici o albuminurici. La diagnosi delle forme di epilessia alcoolica è importante in quanto i malati che ne sono affetti guariscono con l'astensione completa dal tossico, in contrapposto alla epilessia essenziale, la quale — come è noto — è inguaribile.

Quanto alle forme di epilessia alcoolica, clinicamente sono riportabili alla grande crisi di epilessia essenziale (gran male), esistono forme larvate di epilessia alcoolica che ricordano gli equivalenti psichici dell' epilessia essenziale. Dal punto di vista medico-legale hanno grande importanza alcune manifestazioni delittuose (esibizionismo, oltraggi al pudore, ecc.) che si riscontrano in individui abitualmente alcoolisti. In questi casi — riandando con indagine accurata ai precedenti dell' individuo — talora si riscontra qualche altra manifestazione epilettica, tal' altra questa indagine riesce infruttuosa, ed allora la natura dell' azione delittuosa è più difficilmente stabilita. Bisogna però tener presente in tali evenienze che il delitto, manifestazione di epilessia alcoolica è compiuto da alcoolisti inveterati che prima del crimine avevano ecceduto nel tossico, o si erano esposti a fatiche straordinarie, od erano in stato di grave preoccupazione morale. Inoltre l' atto è compiuto aperta-

mente, senza dissimulazione; spesso è il contrasto assoluto con le abitudini e le inclinazioni del soggetto; è brusco, rapido, eseguito con mezzi semplici, mostra la mancanza del ragionamento, non resta alcun ricordo.

Accanto a queste forme vanno ricordate le manifestazioni dell' ebbrezza patologica che furono ben studiate e raccolte da Pilez. Si tratta di alcoolisti di vecchia data; con larga tara ereditaria, o presentati degli antecedenti morbosi (traumi cerebrali, malattie cerebrali nell' infanzia, ecc.) Sotto l' influenza di libazioni eccessive, o dopo grave fatiche fisiche o mentali, compiono un delitto od un atto di grave brutalità (furto, esibizionismo, uccisioni). Generalmente dopo il delitto o avviene la fuga, o la sovraeccitazione dell' individuo aumenta fino a manifestazioni motorie imponenti. In genere cadono dopo in torpore o addirittura in un sonno profondo. Queste manifestazioni dell' ebbrezza patologica sono importantissime dal punto di vista medico-legale, in quanto danno luogo a contestazioni non indifferenti: spesso infatti i testimoni affermano che mancavano nell' individuo le volgari manifestazioni dell' ubriachezza (barcollamento, favella caratteristica). La diagnosi in questi casi, oltre che da considerazioni morali (precedenti, abitudini, inclinazioni, sincerità dell' imputato), si basa sopra la brutalità della manifestazione, che inoltre è automatica, impulsiva, seguita da torpore cerebrale ed amnesia.

Queste crisi psicomotorie incipienti e accompagnate da amnesia sono assai affini alle manifestazioni epilettiche (equivalenti psichici), ma noi non possiamo identificarle con esse, mancando la esatta conoscenza dei fattori patogenetici della epilessia essenzionale.

Notiamo che nello stndio fatto dall' Agostini e Seppilli, *Alcoolismo-Epilessia*, noi fin dal 1911 concludevamo che: gli alcooli, per se, non hanno un'azione epilettogena nel senso fisiologico della parola. Nella genesi dell' epilessia alcoolica si deve attribuire un gran valore alla predisposizione organica, all' attitudine convulsiva non che ai profondi disturbi del ricambio materiale indotti dall'alcoolismo acuto e cronico pei quali si formano dei materiali tossici

nell' organismo. Non esiste quindi un' epilessia alcoolica quale entità nosologica.

L' attacco convulsivo dell' alcoolista non si distingue ordinariamente da quello classico dell' epilessia genuina.

R.

Ansalone G. — (Nocera Inferiore, Manicomio). — *Lesioni neurofibrillari nella demenza paralitica.*

Applicando i metodi di Donaggio allo studio della corteccia cerebrale e della midolla spinale di quattro paralitici progressivi, l'A. potette constatare che l'apparato neurofibrillare non presenta lesioni molto gravi, tali quali furono in precedenza descritte da numerosi osservatori, che si servirono nelle loro indagini dei metodi argentici di Cajal e di Bielschowsky.

I reperti di gravi alterazioni primarie neurofibrillari, come la disintegrazione e degenerazione granulare, descritti da Brodmann, Schaffer, Bielschowsky, Laiguel-Lavastine e Pitulescu, non trovano nessuna conferma nelle attuali ricerche dell'A. i cui reperti concordano in parte solo con quelli di Sciuti, differenziandosene però sempre, per una minore gravezza.

Nelle cellule della 1ª, 2ª e 3ª frontale, in quelle midollari del rigonfiamento cervicale e lombare, l'A. richiama l' attenzione, tra le lesioni primarie neurofibrillari, sulla conglutinazione delle neurofibrille, lesione rara e non specifica della paralisi progressiva: ne descrive il modo di insorgere, spesso consecutivo allo sconvolgimento, e ne segue le varie fasi sino alla sostituzione completa della primitiva delicata rete endocellulare mediante un grossolano aggrovigliamanto di elementi fusoidi, virgoliformi, clavati che non hanno quasi più nessuno degli attributi morfologici della neurofibrille.

Le lesioni secondarie neurofibrillari, indotte da gravi alterazioni cellulari (degenerazione, pigmentaria, ialina, vacuolare ecc.), sono parimenti lievi. Nelle cellule invase da pigmento l'A. richiama l'attenzione sul reperto della completa persistenza della rete en-

docellulare, che non mostra che lievi modificazioni strutturali: una maggiore ampiezza delle maglie ed una maggior esilità dei singoli fili.

L'antico concetto messo in luce da Donaggio e da vari altri osservatori, in numerose ricerche sperimentali, della notevole resistenza del reticolo endocellulare ai vari agenti patogeni, fisici, chimici, tossi infettivi, di fronte alla labilità della sostanza cromatica, trova una luminosa conferma in queste ricerche anatomopatologiche, che dimostrano, come in una delle malattie più gravi dell'asse cerebro-spinale, qual'è la paralisi progressiva, le lesioni neurofibrillari sono relativamente lievi e per nulla proporzionale alla gravezza dei sintomi psico-somatici.

Auto-riassunto.

Roger. — *Le meningiti sifilitiche.* — « Paris Médical », 19 aprile 1913.

Secondo l' A. le meningiti sifilitiche comprendono: 1° Le meningiti cliniche (meningite sifilitica acuta del periodo secondario, meningite cronica terziaria, meningo-mielite); 2° Le meningiti latenti (citologiche, chimiche, biologiche); 3° Le meningiti paralsifilitiche, che sono le meningiti della paralisi generale e della tabe; 4° Le meningo-recidive terapeutiche (che vengono cioè dopo una cura col salvarsan).

Considera questi diversi tipi dal lato anatomico, sintomatologico, clinico, diagnostico.

Dal punto di vista diagnostico possono darsi due casi: 1° o si tratta di una sindrome meningea e allora bisogna discutere, la diagnosi con le diverse meningiti: ricordando che nella prima domina il quadro da cefalea, ribelle alle cure comuni e la malattia ha una evoluzione capricciosa; 2° oppure il quadro non somiglia a quello d'una meningite (emiplegia, convulsioni, paralisi oculare, paraplegia, nevrite ottica) e fa piuttosto pensare a una lesione dei nervi o dei centri nervosi.

Mingazzini G. (Roma). — *La sindrome del nucleo lenticolare.*

L' A. dimostra che le lesioni del nucleo lenticolare, finora inesattamente identificate con quelle della capsula interna, hanno una sintomatologia a parte.

Il nucleo lenticolare non è una formazione anatomica unica, ma può dividersi in tre segmenti, ognuno dei quali contrariamente a quanto fin'ora si riteneva, ha una funzione sua propria. I tre segmenti sono: uno anteriore o portio caudata; uno intermedio o portio gennalis, adiacente al ginocchio della capsula interna e al tubercolo anteriore del talamo; uno posteriore o portio thalamica, vicino al corpo restiforme dal talamo ottico.

Le lesioni del nucleo lenticolare, o per meglio dire del putamen, sono seguite da paralisi associate della faccia e della lingua o della faccia e dell' arto superiore. Nella lesione del putamen di sinistra, si nota frequentemente una notevole disartria.

Il sintoma più frequente della lesione del nucleo lenticolare è la paralisi dell' intera metà del lato opposto del corpo. Nel facciale, la paralisi è limitata al ramo inferiore; l' arto superiore non assume alcuna attitudine caratteristica, sebbene l' antibraccio mostri la tendenza a flettersi sul braccio e la mano sull' antibraccio. Tale flessione non ha il carattere spastico. I movimenti passivi offrono leggiera resistenza, però non sono dolorosi.

La deambulazione è molto difficile. Il passo è corto; la coscia è leggermente flessa di modo che il piede striscia sul suolo eseguendo l' aspetto dei movimenti di spirale.

I riflessi sono leggermente accentuati.

Secondo le osservazioni dell' A., nei casi di paresi del facciale e della lingua era interessata la parte anteriore di entrambi i nuclei o la parte media del putamen. Nei casi di paresi del ramo inferiore del facciale associata con movimenti atetosici dell'arto superiore, si riscontrarono numerosi focolai di rammollimento nel putamen. In un caso del monotremore dell' antibraccio e della mano era interessata la parte media del nucleo controlaterale. Nei casi di emi-

paresi, la lesione interessava la parte media del putamen del lato opposto, ordinariamente il margine laterale, cioè quella parte del putamen vicina al ginocchio della capsula o al tubercolo anteriore del talamo.

I sintomi consecutivi alle lesioni del nucleo lenticolare possono venir riassunte così: paresi circoscritta alla faccia e agli arti del lato opposto, leggiera accentuazione dei riflessi tendinei dello stesso lato, leggiera ineguaglianza delle pupille, atrofia delle estremità; diminuzione della sensibilità. Quando la lesione interessa i quattro quinti posteriori del nucleo sinistro si ha la disartria, perfino anartria. Se la lesione interessa certi dati punti del putamen, specialmente il terzo esterno, si ha la parestesia pseudomielitica di uno o l' altro degli arti del lato opposto.

T. Russo.

Jumentie. — *Un caso di tumore dell' angolo ponto-cerebellare sinistro.* « Revue neurologique », num. 20, 1913.

Si tratta di un individuo quarantanovenne, il quale soffriva di cefalea intensa, vertigini, lateropulsione sinistra, disturbi mentali, e disturbi visivi dovuti a stasi papillare bilaterale. In seguito ad una craniectonia decompressiva egli migliorò, residuando ai suoi disturbi solo un' andatura esitante e dei disturbi cerebellari del lato sinistro (movimenti smisurati ed adiadoco cinesia). L' ammalato rimase in questo stato durante tre anni, e poi fu di nuovo colpito da cefalea continua e gravitica e da edema delle papille ottiche. Si decise un altro intervento, ma non si potè eseguirlo essendo stato l' infermo colpito da una broncopolmonite intercorrente, che lo trasse a morte. All' autopsia si constatò che esisteva un tumore dell' angolo ponto-cerebellare sinistro, del volume di una grossa noce, che aveva distrutto quasi totalmente l' emisfero cerebellare sinistro, rispettando però l' oliva cerebellare. Ciò che è notevole in questa osservazione è che, sebbene la distruzione fosse così estesa, i fenomeni cerebellari non erano molto intensi e regredirono in parte dopo l' operazione; ciò si spiega probabilmente in

parte per la conservazione relativa dei nuclei grigi del cervelletto (oliva), per la supplenza funzionale dell' emisfero opposto, ed anche per il controllo esercitato dal cervello. Infatti con uno sforzo di attenzione, l' ammalato riusciva a correggere i suoi disturbi di equilibrio. La scomparsa dei disturbi paresici dopo l' operazione decompressiva può spiegarsi con la cessata compressione, da parte del neoplasma, del bulbo e del ponte. Un sintomo molto precoce e persistente, di grande utilità per la diagnosi della sede di queste lesioni è la sordità.

R.

Babinski, Touray e Rothmann. — *I sintomi delle turbe cerebellari e loro significato.* — (XVII Congr. intern. di Medicina tenuto a Londra, agosto 1913.

Stante le connessioni esistenti fra il cervelletto e l' apparecchio vestibolare, alcuni sintomi sono comuni alle affezioni di entrambi questi due organi. Nella diagnosi della sindrome cerebellare, bisogna perciò tener conto di quei fenomeni morbosi che sono propri delle malattie del cervelletto.

Gli AA., dopo aver ricordato gli studi sperimentali e clinici compiuti su questo argomento, fanno un confronto fra la sindrome labirintica e buella cerebellare classica, e ricordano che alcune turbe si riscontrano così nell' una che nell' altra sindrome. Il nistagmo, le vertigini, la titubazione, la lateropulsione, la retropulsione, alcune attitudini forzate, costituiscono i fenomeni i quali, sebbene non assolutamente identici nell'uno e nell'altro caso, non sono però sufficienti a stabilire una spiccata demarcazione tra le affezioni labirintiche e quelle cerebellari.

È necessario quindi ricorrere, per una diagnosi esatta, a quella categoria di sintomi che sono propri delle affezioni cerebellari.

1.° *Movimenti smisurati - ipermetria.* — Presso i cerebellari i movimenti volontari, o per lo meno alcuni di essi, sono eseguiti in una maniera sproporzionata all' atto che si vuol compiere. Questo fenomeno si manifesta sopratutto in quei movimenti, che vengono ese-

paresi, la lesione interessava la parte media del putamen del lato opposto, ordinariamente il margine laterale, cioè quella parte del putamen vicina al ginocchio della capsula o al tubercolo anteriore del talamo.

I sintomi consecutivi alle lesioni del nucleo lenticolare possono venir riassunte così: paresi circoscritta alla faccia e agli arti del lato opposto, leggiera accentuazione dei riflessi tendinei dello stesso lato, leggiera ineguaglianza delle pupille, atrofia delle estremità; diminuzione della sensibilità. Quando la lesione interessa i quattro quinti posteriori del nucleo sinistro si ha la disartria, perfino anartria. Se la lesione interessa certi dati punti del putamen, specialmente il terzo esterno, si ha la parestesia pseudomielitica di uno o l'altro degli arti del lato opposto.

T. Russo.

Jumentie. — *Un caso di tumore dell' angolo ponto-cerebellare sinistro.* « Revue neurologique », num. 20, 1913.

Si tratta di un individuo quarantanovenne, il quale soffriva di cefalea intensa, vertigini, lateropulsione sinistra, disturbi mentali, e disturbi visivi dovuti a stasi papillare bilaterale. In seguito ad una craniectonia decompressiva egli migliorò, residuando ai suoi disturbi solo un' andatura esitante e dei disturbi cerebellari del lato sinistro (movimenti smisurati ed adiadoco cinesia). L' ammalato rimase in questo stato durante tre anni, e poi fu di nuovo colpito da cefalea continua e gravitica e da edema delle papille ottiche. Si decise un altro intervento, ma non si potè eseguirlo essendo stato l' infermo colpito da una broncopolmonite intercorrente, che lo trasse a morte. All' autopsia si constatò che esisteva un tumore dell' angolo ponto-cerebellare sinistro, del volume di una grossa noce, che aveva distrutto quasi totalmente l' emisfero cerebellare sinistro, rispettando però l' oliva cerebellare. Ciò che è notevole in questa osservazione è che, sebbene la distruzione fosse così estesa, i fenomeni cerebellari non erano molto intensi e regredirono in parte dopo l' operazione; ciò si spiega probabilmente in

parte per la conservazione relativa dei nuclei grigi del cervelletto (oliva), per la supplenza funzionale dell' emisfero opposto, ed anche per il controllo esercitato dal cervello. Infatti con uno sforzo di attenzione, l' ammalato riusciva a correggere i suoi disturbi di equilibrio. La scomparsa dei disturbi paresici dopo l' operazione decompressiva può spiegarsi con la cessata compressione, da parte del neoplasma, del bulbo e del ponte. Un sintomo molto precoce e persistente, di grande utilità per la diagnosi della sede di queste lesioni è la sordità.

R.

Babinski, Touray e Rothmann. — *I sintomi delle turbe cerebellari e loro significato.* — (XVII Congr. intern. di Medicina tenuto a Londra, agosto 1913.

Stante le connessioni esistenti fra il cervelletto e l' apparecchio vestibolare, alcuni sintomi sono comuni alle affezioni di entrambi questi due organi. Nella diagnosi della sindrome cerebellare, bisogna perciò tener conto di quei fenomeni morbosi che sono propri delle malattie del cervelletto.

Gli AA., dopo aver ricordato gli studi sperimentali e clinici compiuti su questo argomento, fanno un confronto fra la sindrome labirintica e buella cerebellare classica, e ricordano che alcune turbe si riscontrano così nell' una che nell' altra sindrome. Il nistagmo, le vertigini, la titubazione, la lateropulsione, la retropulsione, alcune attitudini forzate, costituiscono i fenomeni i quali, sebbene non assolutamente identici nell'uno e nell'altro caso, non sono però sufficienti a stabilire una spiccata demarcazione tra le affezioni labirintiche e quelle cerebellari.

È necessario quindi ricorrere, per una diagnosi esatta, a quella categoria di sintomi che sono propri delle affezioni cerebellari.

1.° *Movimenti smisurati - ipermetria.* — Presso i cerebellari i movimenti volontari, o per lo meno alcuni di essi, sono eseguiti in una maniera sproporzionata all' atto che si vuol compiere. Questo fenomeno si manifesta sopratutto in quei movimenti, che vengono ese-

guiti con rapidità e dietro un comando, ma a differenza di quanto si verifica nei tabetici, l' equilibrio non viene disturbato allorchè a questi ammalati si fanno chiudere gli occhi.

2.° *Asinergia.* — È la perdita della facoltà di compiere simultaneamente tutti i movimenti che costituiscono un atto volontario. L'asinergia si manifesta nei movimenti combinati del tronco e degli arti inferiori, nei movimenti isolati degli arti ed anche in quelli coniugati della testa e degli occhi. Questo fenomeno talvolta è bilaterale, tal' altra invece localizzato agli arti di un solo lato (emiasinergia).

3.° *Adiadococinesia.* — È la diminuzione della facoltà di esercitare rapidamente dei movimenti volontari successivi (ad esempio pronazione e supinazione.

4.° *Tremore intenzionale.* — Si manifesta come nella sclerosi a placche, ma con minore intensità.

5.° *Astenia-atonia.* — Questi fenomeni, considerati dal Luciani come iniziati nelle affezioni cerebellari, possono mancare in casi nei quali gli altri sintomi sono assai spiccati.

6.° *Atassia cerebellare.* — Gli AA. criticano questa denominazione che può produrre confusione e dar l' idea d'una rassomiglianza fra i sintomi e il meccanismo dell' atassia tabetica, e quelli della sindrome cerebellare, mentre la rigorosa analisi dei fatti dimostra le spiccate differenze che fra di essi esistono.

Presso i cerebellari i fenomeni atassici non sono influenzati dalla chiusura degli occhi; manca in essi il fenomeno di Romberg, ed i movimenti rapidi smisurati conservano la loro orientazione. Nei tabetici, al contrario, i movimenti rapidi mal misurati, perdono la loro orientazione, e la chiusura degli occhi aggrava in essi considerevolmente i disturbi della coordinazione. Presso questi infermi i movimenti d' insieme non si mostrano mai decomposti, e i movimenti successivi vengono eseguiti correttamente. Nei cerebellari invece si ha asinergia, adiadococinesia.

L' andatura titubante di alcuni cerebellari, e quella asinergica di alcuni altri, non può essere confusa con l'andatura atassica.

Infine, mentre nei tabetici atassici l'equilibrio è profondamente

turbato, nei cerebellari allorchè l'equilibrio cinetico è turbato, l'equilibrio statico può essere conservato, e talvolta perfino esaltato, costituendo il fenomeno indicato col nome di catalessia cerebellare.

Le turbe cerebellari, come è stato dimostrato sperimentalmente, sono suscettibili di regredire in seguito ad azione vicariante del sistema nervoso.

Nell' uomo, da una parte le lesioni cerebellari pure possono restare latenti, dall'altra parte l' associazione di lesioni degli organi compensatori, ad una lesione del cervelletto, spiega in alcuni casi la gravità la tenacità delle turbe.

L' emicrania.

Caesar, « Wien Klin. Woch. », n. 7, 1913, si occupa dell'attacco di emicrania, dei suoi caratteri, delle sue cause e del suo significato, specialmente per quanto riguarda i rapporti fra emicrania e vita sessuale.

La emicrania si presenta in attacchi come sintomo principale; si riscontra mal di capo specifico, disturbi gastrici, alterazioni psichiche.

Fenomeni prodromici non si osservano costantemente ; seppure una stanchezza passeggera ; imagini fosche ; vivo senso di angoscia o di irrequietezza interna ; un senso di fame particolare.

Il dolore tipico di capo scoppia ad accesso ma poi è continuo per quanto dura l'attacco, è alternante nella sua intensità, quasi di regola unilaterale, per lo più localizzato alla tempia o alla regione oculare vicina, od anche nella regione frontale.

La nausea ed il vomito sono molto frequenti ; il vomito è più frequente ed esauriente ; alcuni malati presentano oltre a questo una grave depressione ; alcuni hanno senso di angoscia, allucinazioni, attenzione disturbata fino ad originare psicosi transitorie (stato di confusione con disorientazione).

Un sintoma importante può esser quello dell'infiammarsi di un occhio durante l' attacco, lacrimazione, tumefazione delle palpebre

corrispondenti, arrossamento o impallidimento unilaterale della faccia, raffreddore intenso.

I disturbi visivi sono relativamente più rari, essi si presentano come disturbi della visione a carattere per lo più scintillante (scotomi, emianopsia, nebbia minuta, cerchi o linee). Poi possono comparire fenomeni paralitici nella sfera dell'oculo-motorio, e che possono permanere per dei giorni, come delle settimane, come dei mesi.

Possono pure partecipare altri nervi cerebrali come il trigemino, il facciale, l'acustico, i rami del gusto e dell'odorato.

Alcuni sintomi corticali nei casi gravi, come pure fenomeni irritativi motori o sensitivi, per modo che esisterebbero dei punti di passaggio fra emicrania ed epilessia.

Quali sono i momenti etiogenetici che prevalentemente possono generare la emicrania ? innanzi tutto la varietà degli errori dietetici, poi il viaggiare eccessivamente in ferrovia, il superlavoro fisico e psichico, gli eccitamenti psichici. Più importanti anche di tali fattori sono la mestruazione ed altre fasi della vita genitale. Se una donna è mestruata regolarmente e soffre di emicrania, l'accesso si presenta di regola in coincidenza con la mestruazione o alcuni giorni prima o lo stesso giorno ed anche qualche giorno dopo; quando la mestruazione intercorre all'attacco, ne può venire provocato un altro; gli accessi di emicrania cessano generalmente col cessare della vita ovulare, come pure nell' intercorrere della gravidanza o l'allattamento. Per lo meno gli attacchi si fanno irregolari e meno intensi; è solo eccezionale che gli accessi proseguono.

Le teorie possono riassumersi oggi, in quella tossica, e prevalentemente auto-tossica, come cattiva funzione delle ghiandole endocrine; sia che tale turbamento sia la causa fondamentale, o occasionale, la sua inflenza è indubbia; cosicchè in alcuni casi si è pensato alla sterilizzazione della donna per mezzo dei raggi Röentgen.

Riflessi addominali nell'alcoolismo cronico.

Il dott. H. Sauer, assistente del primario Saenger nell' Ospedale di S. Giorgio ad Amburgo, si occupa del comportamento

dei riflessi addominali noll'alcoolismo nella Deutsche Zeitschr. f. Nerveuheilk, 1913, vol. 46, fasc. 3.

Le opinioni sulla possibilità di valersi dei riflessi addominali nella diagnostica neuropatologica sono molto diverse. Così l' Oppenheim trovò assenti i riflessi nel 15-20 °/o dei casi, e spesso anche in uomini sani, robusti e non corpulenti, e perciò non dà importanza alla loro mancanza, salvo il caso che sia unilaterale.

Anche il Binswanger ritiene incostanti i riflessi addominali, i quali offrono grandi differenze individuali. Vi sono individui i quali possono presentare unilateralmente o bilateralmente questi riflessi molto deboli o mancanti.

Le cifre date da altri Autori sono molto diverse, e per esempio il Seidelmann trovò assente i riflessi nel 5 °/o degli uomini sani sotto i 50 anni, e lo Schönborn nel 2 °/o. Anzi le ricerche di controllo di questi ultimi Autori in 1000 soldati dimostrarono in uno solo l'assenza dei riflessi, ed essi giungono alla conclusione che la mancanza dei riflessi addominali sia patologica e dipenda da affezione o del sistema nervoso o dell'addome.

Anche il Dinkler giunge alla conclusione che la mancanza dei riflessi addominali dipenda da fatti patologici, a prescindere da individui corpulenti. Egli trovò differenze in uno stesso individuo in diversi momenti (diminuzione per stimolazioni ripetute, al freddo, aumento della febbre, nelle eccitazioni psichiche, ecc).

Il Müller e lo Strümpell hanno il merito di avere rilevata per primi la precoce mancanza di riflessi addominali nella sclerosi multipla.

Il Sauer ha potuto confermare l'importanza diagnostica di questo sintoma precoce della sclerosi multipla.

La mancanza dei riflessi addominali fu osservata in tutte le emiplegie spinali e cerebrali, qualunque ne fosse le genesi, e può anche avere importanza per la diagnosi di sede di tumori midollari. Nella neurastenia l'Oppenheim osservò talora aumento, talora mancanza o debolezza.

Il Riezer, il Richer e il Pitres trovarono assenti i riflessi addominali dal lato anestesico nell'anestesia isterica, invece il Bin-

wanger e il Rosenbach li trovarono immutati anche in casi di anestesia e analgesia cutanea.

Inoltre i riflessi possono mancare od essere deboli nelle più varie malattie addominali diffuse o locali.

Il Sauer, valendosi del suo materiale nel quale l'alcoolismo è frequente, ricercò il comportamento dei riflessi addominali in questa intossicazione cronica; va notato che egli denomina negativi i riflessi anche quando mancava un solo riflesso addominale sui sei riflessi ricercati (superiore, medio ed inferiore da ciascun lato).

La ricerca fu eseguita in 132 pazienti dei quali 58 erano alcoolisti. Sui 132 casi, 65 volte mancarono uno o più riflessi; sui 58 alcoolisti la mancanza fu constatata 46 volte. In 19 casi i riflessi mancarono in individui non alcoolisti; questi casi si trattava 4 volte di sclerosi multipla, 2 volte di compressione del midollo spinale, 3 volte di apoplessia cerebrale; una volta di tumore cerebrale, una volta di peritonite tubercolare, ed una di nefrolitiasi (in questo caso mancava il riflesso inferiore S. in corrispondenza della maggior sensibilità alla pressione) una volta di tubercolosi intestinale, una di epilessia con bronchiettasie, una di lombaggine (sospetto d'alcoolismo) ; 3 individui erano molto adiposi ed uno aveva le pareti addominali fortemente rilasciate.

L'alcoolismo cronico è quindi una delle condizioni patologiche nelle quali è molto frequente la mancanza dei riflessi addominali, ed escluse le quali i riflessi si possono considerare costanti. Questi riflessi acquistano così importanza diagnostica anche da questo punto di vista.

Per lo più la mancanza dei riflessi era parziale, e talora mancava l'uno, talora l'altro.

Spesso osservato il ritorno di tutti i riflessi dopo lungo soggiorno all' ospedale.

In alcuni casi, e spesso in bevitori molto strenui, furono invece trovati i riflessi forti e vivaci. Per lo più si trattava di pazienti con minaccia di delirium tremens. Tale comportamento si poteva osservare quasi costantemente all' inizio del delirio, mentre quando questo regrediva mancava di nuovo l'uno o l'altro riflesso.

Pari.

R. V. Hoesslin. (München). — *Su la linfocitosi negli astenici e neuropatici e sul suo significato clinico.* « Münchener medizinische Wochenschrift ». num. 21 e 22 (3 giugno), 1913.

La linfocitosi si riscontra nel diabete, nell'obesità, nel morbo di Basedow ed anche negli astenici e nei nevropatici. Essa indica un disturbo funzionale del sistema linfatico, del timo e delle ghiandole linfatiche in generale.

L'astenia ed altri stati nevropatici dipendono dallo *status lymphaticus o dal thymico-lymphaticus* con partecipazione delle altre ghiandole linfatiche.

La loro inclusione fra le diatesi è giustificata, se noi intendiamo la diatesi come un'inclinazione delle ghiandole linfatiche a delle disfunzioni. Mercè questa spiegazione si comprende l'omogeneità delle diverse diatesi.

L'azione favorevole dell'arsenico in alcuni stati nevropatici è da spiegarsi con l'influenza sul sistema linfatico, la quale annulla la leucopenia e la linfocitosi.

PSICHIATRIA

Prof. Raeche. — *Compendio diagnostico delle malattie mentali.* — Traduzione del Prof. Arnaldo Pieraccini.

Questo compendio rappresenta una preziosa guida per il malato di mente allo studente sopratutto e al pratico cui occorre una esposizione chiara e succinta della metodica per procedere all'esame del malato secondo che la clinica psichiatrica esige tenendo conto di tutti i metodi meritevoli di considerazione.

Le interessanti osservazioni personali del traduttore rendono ancor più utile ed accetto tale libro.

Il volumetto risulta di due parti; una parte generale comprendente: *a)* il modo di procedere all'esame; *b)* lo schema e le avvertenze per raccogliere l'anamnesi; *c)* lo schema ed i metodi per l'indagine dello stato somatico; *d)* lo schema ed i metodi per l'esame dello stato psichico (Umore, Contegno motorio, Coscienza, Svolgimento del pensiero, Facoltà intellettuali); *e)* il modo di osservazione, la simulazione della pazzia, l'accentuazione e la dissimulazione.

La parte speciale traccia gli schemi della indagine clinica nei diversi gruppi delle malattie mentali, dei quali segna le linee essenziali.

I gruppi studiati sono: il gruppo maniaco-melanconico; la neurastenia; l'ipocondria; la nevrosi traumatica; la degenerazione; il gruppo delle Paranoie; la pazzia querula; gli stati deliranti nelle malattie infettive; l'amenza; lo stupore acuto; La psicosi puerperale; il gruppo delle debilità mentali congenite; il gruppo catato-

nico: la dipsomania; gli stati psicosici nel morbo di Basedow, nella corea, negli avvelenamenti da morfina e cocaina; i perturbamenti psichici isterici, epilettici, traumatici; i disturbi mentali nella lue cerebrale; nei tumori; nella sclerosi multipla; infine il gruppo delle demenze (Paralitiche, arteriosclerotiche, senili).

Ci auguriamo che questo manuale trovi nel pubblico dei medici pratici la larga simpatia che merita. *A.*

M. Kobylinsky. — *Delle psicosi nel decorso del tifo.* — « Riv. di Patologia nervosa e mentale », fasc. 10, 1913.

È noto fino dall'antico intercorrenza di psicosi nel decorso di malattie acute febbrili.

Noi, secondo Kraepelin, classifichiamo queste psicosi:

1° Delirio iniziale; 2° Psicosi febbrili; 3° Psicosi asteniche.

L'A. ha studiato otto casi di psicosi nel decorso tifico e ritiene che abbia influenza nello sviluppo di quelle l'ereditarietà e la predisposizione individuale del resto negato da qualche altro autore.

Quindi conclude dicendo che è lecito ritenere, laddove manca il carattere ereditario, che durante la vita di alcuni individui si vada svolgendo una speciale predisposizione, capace di determinare fatti complessi a carico del sistema nervoso, quando un successo infettivo intervenga nell'organismo.

Riguardo alla sintomatologia si hanno:

1° Stati di confusione acuta (di amenza o di delirio), che parrebbero cerebrosi acutissime e mortali, sebbene prefebbrili.

2° Stati di confusione mentale allucinatoria con variabilità di idee deliranti e con delirio prevalentemente professionale.

3° Stati di psicosi maniaco-depressiva, i quali data la natura diversa dei sintomi psichici hanno un decorso assai più lungo ed in due casi hanno simulato l'insorgenza di una demenza precoce catatonica.

G. R. Lafora. — *Demenza paralitica tarda ereditaria.* — « Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psychiat. », Bd., 9, 5, 443.

L'A. viene alle seguenti conclusioni:

1°. La maggior parte, se non tutti i casi di paralisi giovanile, mostrano accanto alle alterazioni istologiche caratteristiche della paralisi altre alterazioni che accennano ad un arresto di sviluppo del tessuto nervoso (cellule del Purkinye con due nuclei, spostamento cellulare).

2°. La paralisi giovanile (ereditaria sifilitica) può essere qualche volta osservata in individui adulti di 30-35 anni e considerata come paralisi erediatria.

3°. Nei casi di paralisi degli adulti in cui l'esame istologico mette in evidenza alterazioni che indicano disturbi di sviluppo si è autorizzati a porre la diagnosi di paralisi ereditaria tardiva.

4°. I casi di paralisi giovanile, in cui non si trova nessun disturbo di sviluppo del tessuto nervoso, possono essere spiegati con una trasmissione placentare del parassita in un tempo in cui gli elementi nervosi erano già innanzi nel loro sviluppo.

E. Bertolet. — *Action de l'alcoolysme chronique sur les organes de l'homme et sur les glandes reproductives en particulier.* — Lausanne, Ed. Frankfurter, 1913.

Moltissimi autori hanno osservato che l' alcool delle diverse bevande conduce alla degenerazione della specie; e Darwin sosteneva che le famiglie degli ubbriaconi si estinguevano alla quarta generazione.

L'A. ha esaminato, completamente, dal lato clinico ed anatomopatologico, durante 5 anni, 162 casi di alcoolisti e 100 non alcoolisti. Di questi ultimi 8 soltanto erano astinenti e di essi 7 erano antichi bevitori guariti. Erano considerati non alcoolisti coloro che si contentavano di bere 80-100 cmc. di alcool assoluto al giorno, vale a dire 1 litro o un litro e mezzo di vino o 2 di birra.

Egli ha riscontrato negli alcoolisti mortalità più precoce ed alterazioni anatomiche dell'86 % nei testicoli al 9 % nelle meningi: nei non alcoolisti invece le stesse alterazioni vanno dal 97% pel cuore, al 29% pei testicoli, a 0 % per le meningi.

Secondo l'A. non c'è alcoolista che a 30 anni abbia testicoli normali; e prima dei 30 anni ce ne è appena il 20% che li abbia normali.

Anche nella donna le ovaie subiscono analoga degenerazione: atrofia e degenerazione grassa.

Mouratoff. — *Alcoolismo e psiconevrosi.* — « L'Encéphale », n. 7, 1912.

L'A. ricorda che una gran parte di dipsomani sono affetti da frenosi maniaco-depressiva allo stato latente. Gli accessi di dipsomania negli alcoolisti cronici non rappresentano che l'esacerbazione di un alcoolismo cronico appartenente alla degenerazione psichica complicata con isteria. I casi di delirio dipsomaniaco, rari a dir vero, spettano all'epilessia.

All'isteria vanno assegnati quei casi di automatismo con perdita incompleta della coscienza accompagnati da un ricordo sommario del passato.

In altri casi l' alcoolismo non rappresenta che una complicazione di malattia organica; tali sono gli eccessi alcoolici del periodo iniziale della paralisi generale, della demenza precoce e talora delle psicosi senili.

B. Laquer. — *Alcool et Dégénérescence.* — « Revue Neurol. », n. 18, 1913.

L' A. riferisce gli sforzi fatti dall' Inghilterra per combattere l'alcoolismo: quello che importa a un paese è avere una buona popolazione, piuttosto che un gran numero di quella; ed appunto l'alcool è il principale fattore della diminuzione della qualità degli individui.

La clinica, la statistica e le esperienze sugli animali sono tutti concordi nel provare l'influenza nefasta dell'alcool sugli elementi germinativi delle cellule. L'alcoolismo è la principale causa di questa degenerazione che si trasmette di generazione in generazione.

Glaister riassume i risultati delle sue esperienze a Glascow per dimostrare come egli comprenda l'influenza dell'alcool. Che dei genitori, nati da una famiglia sana, sani al momento del loro matrimonio, divengono alcoolizzati; si avrà una differenza tra i figli nati nel periodo alcoolico e quelli che sono nati durante il periodo di sobrietà; di mano in mano che ci si allontana dal periodo della sobrietà, la degenerazione dei figli aumenta.

Saleeby ha fatto delle esperienze sui porcellini d'India, sottoponendoli a inalazioni di vapori di alcool; egli ha constatato che le cellule delle ghiandole testicolari ed ovariche divenivano ogni giorno più colpite, assai più che le cellule di altri parenchimi.

Smith, il quale si occupa pure della questione dell'alcool, preferisce basare le sue opinioni sui risultati della esperienza dei secoli e sulle abitudini di migliaia d'individui, piuttosto che sulle esperienze di qualche farmacologo e sulle statistiche che considerano soltanto poche migliaia di persone.

Egli pone il problema dell'alcool sotto l'aspetto dell'uso e dell'abuso. Tutto il mondo è d'accordo sul biasimare l'abuso; le divergenze cominciano quando si parla dell'uso.

L'alcoolismo si limiterà con il progresso della coscienza morale dei popoli.

G. Fornaca. — *La demenza negli epilettici adolescenti.* — « Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale », anno XL, fasc. III-IV.

L'A. ha fatto uno studio su 19 giovani epilettici, rilevando quelle alterazioni fisiche e psichiche che il male ha prodotto nei varii soggetti.

Da questo lavoro accurato e diligente l'A. viene alle seguenti conclusioni:

1° Negli adolescenti, più che negli adulti e nei vecchi lo studio della demenza epilettica riesce facile e dimostrativo.

2°. La demenza epilettica è caratterizzata:

a) *fisicamente:* da un aspetto speciale del soggetto, da incertezza del cammino e nei movimenti e dai disturbi che finiscono per ridurre al letto il malato e lo rendono facile preda di malattie intercorrenti;

b) *psichicamente:* da alterazioni profonde dei poteri intellettuali, debolezza di critica, lentezza delle reazioni, diminuzione dell' affettività, irritabilità, sospettosità, avarizia, tendenze antisociali.

3° L'evoluzione della demenza epilettica è resa irregolare dalle soste che subisce l'indebolimento mentale a causa della minor frequenza e intensità delle manifestazioni del male comiziale in taluni periodi di tempo.

4° La demenza epilettica negli adolescenti riveste caratteri speciali e tali da poter essere bene distinta quasi sempre dalla idiozia, e sempre dalla demenza paralitica infanto-giovanile e dalla demenza precoce.

G. Boschi. — *Il fenomeno della emigrazione può esprimere una diatesi degenerativa.* — « Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale », anno XL, fasc. III. - IV.

L'A. tracciate le cause principali della emigrazione, la considera dal lato psichiatrico. Rileva come sia elevato il numero degli emigrati con tara ereditaria psicopatica, considera l'emigrante come uno spirito irrequieto o vivace e l'emigrazione come un atto anormale.

Dopo avere fatto diverse considerazioni sia dal lato sociale, che individuale viene alle seguenti conclusioni :

1° A condizioni presso a poco uguali di località, di economia, di cultura l'emigrazione è alquanto più frequente nelle famiglie di alienati che non nelle famiglie indenni da psicopatie.

2° L'emigrazione in molti casi è un fenomeno che rasenta la patologia, è un segno di inferiorità antropologica del soggetto.

Dott. Battisti C. — *Contributo allo studio dell'infantilismo.* — « Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale », anno XL, 1913, fasc. III-IV.

L'A. che ha avuto occasione di studiare un individuo, che presentava le principali caratteristiche necessarie per far la diagnosi di infantilismo vero e proprio, mentalità infantile, arresto di sviluppo degli organi sessuali ed altri numerosi caratteri secondari di degenerazione somatica, viene alle seguenti conclusioni:

1° Clinicamente si deve parlare di infantilismi più o meno gravi, piuttosto che di infantilismi parziali.

2° Nelle patogenesi dell'infantilismo va data la dovuta importanza anche al fattore ereditario neuro-psicopatico.

3° L'infantilismo è di regola legato ad alternazioni non soltanto della tiroide, ma anche di altre glandole a secrezione interna e probabilmente, sempre con prevalenza e primitività di una o di un'altra a seconda dei casi.

Damaye H. — *Disparition de crises d'epilepsie essentielle parallèlement à l'amélioration de l'état physique.* — « Arch. de Neurologie », vol. I, 35° année, Juin 1913.

L'A. pubblica una breve storia di due epilettici sofferenti di crisi assai rara nei quali un attacco di agitazione con idee deliranti ed allucinazione sembrava avere un certo rapporto con le fasi primitive d'una tubercolosi, pleuro-polmonare in un caso, peritoneale nell'altro.

In questi malati di parossismi convulsivi erano contemporaneamente divenuti più frequenti.

In seguíto al miglioramento delle condizioni fisiche dei due soggetti si notò la scomparsa degli accessi epilettici ed un grande miglioramento anche del loro contegno.

F. Adam. — *Sudeur morbide chez un jeune soldat.* — « La Press. Med. », giugno, 1912.

Un giovane soldàto non può sopportare la vita di guarnigione e tenta disertare a causa della repulsione che prova di mostrarsi nudo davanti ai suoi compagni. All'orinatoio la minzione gli diviene impossibile se si trova in presenza di qualcuno. Già in collegio verso l'età di 15 anni spaventato dalla paura di essere visto dai suoi compagni attraverso le tende del suo letto aveva compita una fuga rimasta inesplicabile. L'autore scartando ogni idea di simulazione dimostra che questo malato dev'essere riformato; non può essere punito per fatti così nettamente patologici.

Legrain et Marnier. — *Epilepsie et mort rapide par oedème pulmonaire.* — « Arch. de neurol », vol. II, luglio, 1913.

Mentre gli antichi autori ritenevano affatto eccezionale la morte avvenuta in seguito ad una crisi d'epilessia, le statistiche più recenti hanno dimostrato che questa eventualità è lungi dall'essere rara e numerosi sono i casi che gli autori hanno avuto occasione di osservare in questi ultimi anni.

L'autore pubblica un caso che egli ha avuto occasione di studiare: si tratta di un individuo di 31 anno, che in seguito ad un accesso epilettico, presentò sintomi di edema polmonare e morì circa 15 ore dopo l'accesso stesso.

La spiegazione del fatto, osservato anche da altri autori, rimane per ora nel dominio delle ipotesi, ma qualunque ne sia la patogenia, è cosa nota che talvolta l'accesso epilettico può esser seguito da una crisi tipica d'edema polmonare acuta, clinicamente ben caratterizzato.

Donaye H. — *Etudes sur les troubles mentaux de la vieillesse*. « Arch. de Neurologie », vol. II, sept., 1913.

L'A. pubblica tre storie cliniche di individui avanzati in età, dei quali due presentavano indebolimento mentale consecutivo o associato alla confusione ed il terzo uno stato melanconico semplice. Di questi malati l'A. ha potuto fare l'autopsia dalla quale è risultato :

1°) In due casi l'assenza d'atrofia macroscopica del cervello e di reazione da parte della pia-madre. Nell' altro caso atrofia cerebrale e ispessimento della pia-madre. In tutti e tre lesioni d'encefalite diffusa.

2°) Lesioni multiple acute in altri organi e specialmente dei reni, lesioni che hanno verosimilmente preparato l' affezione cerebrale, o comunque vi hanno contribuito.

Marchand L. — *Rapports des convulsions infantiles avec l'epilepsie*. — « Gaz. des hôpit. », luglio, 1912.

Due ordini di fenomeni convulsivi sono importanti a precisare la prognosi delle convulsioni dipende dalle loro cause, dalle loro forme, dal terreno sul quale esse appariscono ; da una parte le convulsioni episodiche nel corso di una febbre o di una intossicazione e d'altra parte le convulsioni legate a lesioni meningo corticali acute o subacute, lesioni che saranno seguite da sclerosi diffuse dalla corteccia e da aderenze delle meningi. Le prime non indicano che una semplice predisposizione del sistema nervoso; le seconde molto più gravi, lasciano alterazioni croniche che potranno essere più tardi la causa dell'epilessia. Si hanno anche casi di epilessia, detta idiopatica, legata a lesioni dell'encefalo di già croniche che si sono potute sviluppare durante la vita intra-uterina.

Egli ha riscontrato negli alcoolisti mortalità più precoce ed alterazioni anatomiche dell'86 % nei testicoli al 9 % nelle meningi: nei non alcoolisti invece le stesse alterazioni vanno dal 97% pel cuore, al 29% pei testicoli, a 0 % per le meningi.

Secondo l'A. non c'è alcoolista che a 30 anni abbia testicoli normali; e prima dei 30 anni ce ne è appena il 20% che li abbia normali.

Anche nella donna le ovaie subiscono analoga degenerazione: atrofia e degenerazione grassa.

Mouratoff. — *Alcoolismo e psiconevrosi.* — « L'Encéphale », n. 7, 1912.

L'A. ricorda che una gran parte di dipsomani sono affetti da frenosi maniaco-depressiva allo stato latente. Gli accessi di dipsomania negli alcoolisti cronici non rappresentano che l'esacerbazione di un alcoolismo cronico appartenente alla degenerazione psichica complicata con isteria. I casi di delirio dipsomaniaco, rari a dir vero, spettano all'epilessia.

All'isteria vanno assegnati quei casi di automatismo con perdita incompleta della coscienza accompagnati da un ricordo sommario del passato.

In altri casi l' alcoolismo non rappresenta che una complicazione di malattia organica; tali sono gli eccessi alcoolici del periodo iniziale della paralisi generale, della demenza precoce e talora delle psicosi senili.

B. Laquer. — *Alcool et Dégénérescence.* — « Revue Neurol. », n. 18, 1913.

L' A. riferisce gli sforzi fatti dall' Inghilterra per combattere l'alcoolismo: quello che importa a un paese è avere una buona popolazione, piuttosto che un gran numero di quella; ed appunto l'alcool è il principale fattore della diminuzione della qualità degli individui.

La clinica, la statistica e le esperienze sugli animali sono tutti concordi nel provare l' influenza nefasta dell' alcool sugli elementi germinativi delle cellule. L'alcoolismo è la principale causa di questa degenerazione che si trasmette di generazione in generazione.

Glaister riassume i risultati delle sue esperienze a Glascow per dimostrare come egli comprenda l' influenza dell' alcool. Che dei genitori, nati da una famiglia sana, sani al momento del loro matrimonio, divengono alcoolizzati; si avrà una differenza tra i figli nati nel periodo alcoolico e quelli che sono nati durante il periodo di sobrietà; di mano in mano che ci si allontana dal periodo della sobrietà, la degenerazione dei figli aumenta.

Saleeby ha fatto delle esperienze sui porcellini d'India, sottoponendoli a inalazioni di vapori di alcool; egli ha constatato che le cellule delle ghiandole testicolari ed ovariche divenivano ogni giorno più colpite, assai più che le cellule di altri parenchimi.

Smith, il quale si occupa pure della questione dell' alcool, preferisce basare le sue opinioni sui risultati della esperienza dei secoli e sulle abitudini di migliaia d' individui, piuttosto che sulle esperienze di qualche farmacologo e sulle statistiche che considerano soltanto poche migliaia di persone.

Egli pone il problema dell'alcool sotto l'aspetto dell'uso e dell'abuso. Tutto il mondo è d'accordo sul biasimare l'abuso; le divergenze cominciano quando si parla dell'uso.

L'alcoolismo si limiterà con il progresso della coscienza morale dei popoli.

G. Fornaca. — *La demenza negli epilettici adolescenti.* — « Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale », anno XL, fasc. III-IV.

L' A. ha fatto uno studio su 19 giovani epilettici, rilevando quelle alterazioni fisiche e psichiche che il male ha prodotto nei varii soggetti.

Da questo lavoro accurato e diligente l'A. viene alle seguenti conclusioni:

1° Negli adolescenti, più che negli adulti e nei vecchi lo studio della demenza epilettica riesce facile e dimostrativo.

2°. La demenza epilettica è caratterizzata:

a) *fisicamente:* da un aspetto speciale del soggetto, da incertezza del cammino e nei movimenti e dai disturbi che finiscono per ridurre al letto il malato e lo rendono facile preda di malattie intercorrenti;

b) *psichicamente:* da alterazioni profonde dei poteri intellettuali, debolezza di critica, lentezza delle reazioni, diminuzione dell' affettività, irritabilità, sospettosità, avarizia, tendenze antisociali.

3° L'evoluzione della demenza epilettica è resa irregolare dalle soste che subisce l'indebolimento mentale a causa della minor frequenza e intensità delle manifestazioni del male comiziale in taluni periodi di tempo.

4° La demenza epilettica negli adolescenti riveste caratteri speciali e tali da poter essere bene distinta quasi sempre dalla idiozia, e sempre dalla demenza paralitica infanto-giovanile e dalla demenza precoce.

G. Boschi. — *Il fenomeno della emigrazione può esprimere una diatesi degenerativa.* — « Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale », anno XL, fasc. III. - IV.

L'A. tracciate le cause principali della emigrazione, la considera dal lato psichiatrico. Rileva come sia elevato il numero degli emigrati con tara ereditaria psicopatica, considera l'emigrante come uno spirito irrequieto o vivace e l'emigrazione come un atto anormale.

Dopo avere fatto diverse considerazioni sia dal lato sociale, che individuale viene alle seguenti conclusioni :

1° A condizioni presso a poco uguali di località, di economia, di cultura l'emigrazione è alquanto più frequente nelle famiglie di alienati che non nelle famiglie indenni da psicopatie.

2° L'emigrazione in molti casi è un fenomeno che rasenta la patologia, è un segno di inferiorità antropologica del soggetto.

Dott. B a t t i s t i C. — *Contributo allo studio dell'infantilismo.* — « Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale », anno XL, 1913, fasc. III-IV.

L'A. che ha avuto occasione di studiare un individuo, che presentava le principali caratteristiche necessarie per far la diagnosi di infantilismo vero e proprio, mentalità infantile, arresto di sviluppo degli organi sessuali ed altri numerosi caratteri secondari di degenerazione somatica, viene alle seguenti conclusioni:

1° Clinicamente si deve parlare di infantilismi più o meno gravi, piuttosto che di infantilismi parziali.

2° Nelle patogenesi dell'infantilismo va data la dovuta importanza anche al fattore ereditario neuro-psicopatico.

3° L'infantilismo è di regola legato ad alternazioni non soltanto della tiroide, ma anche di altre glandole a secrezione interna e probabilmente, sempre con prevalenza e primitività di una o di un'altra a seconda dei casi.

D a m a y e H. — *Disparition de crises d'epilepsie essentielle parallèlement à l'amélioration de l'état physique.* — « Arch. de Neurologie », vol. I, 35° année, Juin 1913.

L'A. pubblica una breve storia di due epilettici sofferenti di crisi assai rara nei quali un attacco di agitazione con idee deliranti ed allucinazione sembrava avere un certo rapporto con le fasi primitive d'una tubercolosi, pleuro-polmonare in un caso, peritoneale nell'altro.

In questi malati di parossismi convulsivi erano contemporaneamente divenuti più frequenti.

In seguito al miglioramento delle condizioni fisiche dei due soggetti si notò la scomparsa degli accessi epilettici ed un grande miglioramento anche del loro contegno.

F. Adam. — *Sudeur morbide chez un jeune soldat.* — « La Press. Med. », giugno, 1912.

Un giovane soldato non può sopportare la vita di guarnigione e tenta disertare a causa della repulsione che prova di mostrarsi nudo davanti ai suoi compagni. All'orinatoio la minzione gli diviene impossibile se si trova in presenza di qualcuno. Già in collegio verso l'età di 15 anni spaventato dalla paura di essere visto dai suoi compagni attraverso le tende del suo letto aveva compita una fuga rimasta inesplicabile. L'autore scartando ogni idea di simulazione dimostra che questo malato dev'essere riformato; non può essere punito per fatti così nettamente patologici.

Legrain et Marnier. — *Epilepsie et mort rapide par oedème pulmonaire.* — « Arch. de neurol », vol. II, luglio, 1913.

Mentre gli antichi autori ritenevano affatto eccezionale la morte avvenuta in seguito ad una crisi d'epilessia, le statistiche più recenti hanno dimostrato che questa eventualità è lungi dall'essere rara e numerosi sono i casi che gli autori hanno avuto occasione di osservare in questi ultimi anni.

L'autore pubblica un caso che egli ha avuto occasione di studiare: si tratta di un individuo di 31 anno, che in seguito ad un accesso epilettico, presentò sintomi di edema polmonare e morì circa 15 ore dopo l'accesso stesso.

La spiegazione del fatto, osservato anche da altri autori, rimane per ora nel dominio delle ipotesi, ma qualunque ne sia la patogenia, è cosa nota che talvolta l'accesso epilettico può esser seguito da una crisi tipica d'edema polmonare acuta, clinicamente ben caratterizzato.

Donaye H. - *Etudes sur les troubles mentaux de la vieillesse.* « Arch. de Neurologie », vol. II, sept., 1913.

L'A. pubblica tre storie cliniche di individui avanzati in età, dei quali due presentavano indebolimento mentale consecutivo o associato alla confusione ed il terzo uno stato melanconico semplice. Di questi malati l'A. ha potuto fare l'autopsia dalla quale è risultato :

1°) In due casi l'assenza d'atrofia macroscopica del cervello e di reazione da parte della pia-madre. Nell' altro caso atrofia cerebrale e ispessimento della pia-madre. In tutti e tre lesioni d'encefalite diffusa.

2°) Lesioni multiple acute in altri organi e specialmente dei reni, lesioni che hanno verosimilmente preparato l' affezione cerebrale, o comunque vi hanno contribuito.

Marchand L. — *Rapports des convulsions infantiles avec l'epilepsie.* — « Gaz. des hôpit. », luglio, 1912.

Due ordini di fenomeni convulsivi sono importanti a precisare la prognosi delle convulsioni dipende dalle loro cause, dalle loro forme, dal terreno sul quale esse appariscono ; da una parte le convulsioni episodiche nel corso di una febbre o di una intossicazione e d'altra parte le convulsioni legate a lesioni meningo corticali acute o subacute, lesioni che saranno seguite da sclerosi diffuse dalla corteccia e da aderenze delle meningi. Le prime non indicano che una semplice predisposizione del sistema nervoso; le seconde molto più gravi, lasciano alterazioni croniche che potranno essere più tardi la causa dell'epilessia. Si hanno anche casi di epilessia, detta idiopatica, legata a lesioni dell'encefalo di già croniche che si sono potute sviluppare durante la vita intra-uterina.

D. Charpentier René. — *Alienation mentale et criminalité.* — « L'Encèphale », N. 4, aprile, 1913.

Secondo le statistiche pubblicate dall'A. le sindromi morbose nelle quali le reazioni medio-legali sono osservate più frequentemente sono l'alcoolismo (41,80 °/₀ dei casi) gli stati demenziali (18,19 °/₀) ed in primo luogo la paralisi generale, gli stati di degenerazione e di debolezza mentale (13,90 °/₀, i deliri di persecuzione (10,39 °/₀), gli stati maniaco-depressivi (4,51 °/₀), l'epilessia (3,72 °/₀) e l'imbecillità (3,05 °/₀).

Dott. Ayala G. — *Le trophoedème chronique et le système endocrino-sympathique.* — « L'encéphale », n. 4, aprile 1913.

L'A. ha avuto occasione di studiare per lungo tempo un individuo che fino a 38 anni avea sofferto di considerevole iperidrosi ai piedi. Sembra che a questa età, in seguito ad un bagno freddo agli arti inferiori, appariva l'edema ai piedi. Qualche giorno appresso l'arto inferiore destro tornò normale, mentre il sinistro continuò ad aumentare di volume.

Su questo si cominciarono a manifestare di tempo in tempo macchie di orticaria. In seguito ad un infortunio il soggetto si fratturò la tibia della gamba sinistra e l'edema si diffuse fino alla coscia.

La cura di tiroidina migliorò l'orticaria e restò completamente inefficace per l'edema.

L'A. dopo un'ampia discussione sulla probabile natura di questo probabile edema, conclude che, secondo il suo modo di vedere, si deve considerare l'edema cronico come una distrofia endocrino-simpatica determinata nei casi congeniti ereditarii e famigliari, da un difetto di conformazione congenita del sistema endocrino simpatico e anche forma acquisita da una lesione di questo sistema in seguito all'intervento d'un fatto occasionale che agisce per sè stesso o in unione con il fattore congenito ereditario.

W. Muirhead. — *La reazione del Wassermann nelle psicosi.* — « Brit. Med. Journ. », 1912, vol. 2, pag. 748.

Su 180 casi di psicosi (nessun paralitico) il siero diede reazione positiva in 5. Il liquido cerebrospinale reagì positivamente 1 volta su 37. L' A. esaminò il siero di 61 paralitici, col metodo alla lecitina-colesterina di Browninge, Crnikshank e Mackenzie ebbe reazioni positive nel 96, 7°/o dei casi, cogli altri metodi, invece nell' 83, 6°/o. Il liquido cerebrospinale di questi casi diede reazioni positiva col primo metodo nell' 88, 5°/o coi metodi comuni nel 72, 1°/o. Liquidi cerebrospinali e sieri di controllo non diedero mai reazione positiva col metodo alla lecìtina-colesterina. L' A. trae la conclusione che esso è più sensibile che non l' uso di estratto alcoolico di fegato di cavia o di bue. Aggiunge i risultati dell' esame citologico e chimico dei liquidi cerebrospinali.

E. Conelt — *L' affectivitê dans la démence précoce.* — « Rev. pren. espanola », oct. 1912.

L' autore ricorda la concezione Kraepiliana della demenza precoce, il suo principio nella giovinezza, l' importanza del primo periodo, detto medico-legale, origine di tanti errori giudiziari e clinici. Insiste, come ha già fatto C. Pascal, nei disturbi dell'effettività che sono tra i più precoci e i più caratteristici di questa spaventevole affezione. Essi sono sempre molto accentuati : perdita dei sentimenti di famiglia che arriva fino all' odio, indifferenza, insociabilità ecc., donde le fughe, la prostituzione, gli attentati al pudore ecc.; non avviene alcun parallelismo fra questi sintomi e quelli della memoria e dell' intelligenza. Questa perdita dell' affettività forma coll' abulia, la dispraxia e il negativismo i segni patognomonici della demenza precoce. In mezzo ai fenomeni curiosi della malattia vi è la catatonia d' altronde rara, il diagnostico da principio è difficile bisogna farlo nei soggetti giovani coll' idiozia, l' imbecillità, la demenza epilettica nei soggetti più avanzati di età colla paranoia e anche durante il primo periodo e il vizio.

F. Soltera — *La malleabilité mentale.* — « Rev. fren. espanola », agosto 1912.

La malleabilità mentale è la disposizione più o meno grande che ha un individuo d'accettare una direzione estranea o di subìre un' influenza; è un elemento molto importante della psiche individuale, perchè può negli stati patologici andare molto lontano nei due sensi: essere ridotta a zero in certi alienati, essere estrema in alcuni stati di debolezza. Bérillon l' ha studiata perchè da essa dipende il grado d' infuenza sul soggetto in rapporto al trattamento psichico rieducativo per mezzo della suggestione allo stato di veglia. Per l' autore le genti di montagna sono meno malleabili che quelle del piano. Questa facoltà varia colle condizioni atmosferiche cosmiche ed elettriche e lo stato del soggetto. È alla malleabilità che è dovuta ad ogni educazione anche negli animali che si sono potuti addomesticare. Per misurarla Bérillon impiega un processo speciale che chiama detenzione muscolare. Si può anche usare il metodo detto neuroscopico che è dovuto al dott. Moutin. La malleabilità del soggetto è funzione del suo consenso: se egli si oppone il minimo ostacolo è insormontabile.

M. Isserlim, e H. Gudden, (Monaco) — *Il trattamento psichiatrico dei minorenni corrigendi.* — « Psychiatrische Jugendfiirsorge », pag. 465 - 509.

Gli A A. al congresso psichiatrico Bavarese in base a numerose ricerche statistiche, espressero i seguenti postulati:

1° A tutti i manicomi provinciali devono essere annesse speciali sezioni per idioti ed epilettici. Tutti gli asili privati per idioti, epilettici ed alienati cronici debbono essere posti sotto la sorveglianza permanente del manicomio provinciale più vicino; gli individui ivi ricoverati debbono essere posti in ogni caso sotto il trattamento di un medico curante (anche se non residente) sia un

psichiatra, per i più piccoli che almeno l' assistenza medica, sia pure non specialistica, non venga mai a mancare.

2° Nelle grandi città è indicato erigere istituti appositi per giovinetti idioti, imbecilli ed epilettici, posti in rapporto di vicinanza e amministrativamente congiunti con un istituto per corrigendi, il quale ultimo deve essere fornito di una sezione a parte destinata ai corrigendi psichicamente anomali, inoltre si deve provvedere ad un ricovero per gli allievi poveri e deboli delle scuole popolari.

3° È necessario che anche in Baviera, seguendo l'esempio della Prussia e del Baden, si provveda all'esame psichiatrico-nevrologico di tutti i minorenni corrigendi ricoverati nelle case di correzione : questi esami debbono essere ripetuti regolarmente e completati dallo studio degli atti, degli attestati scolastici e di altri documenti da fornirsi dalle autorità amministrative. I dati degli esami dovranno essere registrati soprà moduli uniformi.

4° Sembra indicato ricercare per mezzo di ricerche mediche specialistiche gli allievi che presentino anormalità o deficienze psichiche al più presto possibile e in tutti i casi dubbi sottoporli ad una prolungata ed esauriente osservazione psichiatrica e nevrologica. Meglio di tutto sarebbe praticare l'esame al momento stesso nel quale il giovinetto viene ammesso nella casa di correzione. Alle spese relative si provvederà secondo la tariffa stabilita da una legge locale speciale.

5° Nei corrigendi riconosciuti deficienti si dovrà in modo particolare curare il trattamento educativo. Lo psichiatra dal canto suo dovrà stabilire a qual mestiere potrà essere avviato ogni singolo allievo, o meglio quali saranno i mestieri da escludere in ogni singolo caso, avvertire la famiglia nella quale l' alunno sarà messo in custodia circa le sue caratteristiche mentali, eventualmente giudicare se sia necessario, all' approssimarsi della maggiore età, iniziare il procedimento d' interdizione.

6° Si potranno lasciare nelle case di correzione gl' individui affetti da sola fragilità intellettuale o da imbecillità lievissima, purchè in queste esistano speciali istituzioni, come le classi aggiunte o la scuola a parte per deficienti: potranno anche rimanere nell'istituto

F. Soltera — *La malleabilité mentale.* — « Rev. fren. espanola », agosto 1912.

La malleabilità mentale è la disposizione più o meno grande che ha un individuo d'accettare una direzione estranea o di subire un' influenza; è un elemento molto importante della psiche individuale, perchè può negli stati patologici andare molto lontano nei due sensi: essere ridotta a zero in certi alienati, essere estrema in alcuni stati di debolezza. Bérillon l' ha studiata perchè da essa dipende il grado d' infuenza sul soggetto in rapporto al trattamento psichico rieducativo per mezzo della suggestione allo stato di veglia. Per l' autore le genti di montagna sono meno malleabili che quelle del piano. Questa facoltà varia colle condizioni atmosferiche cosmiche ed elettriche e lo stato del soggetto. È alla malleabilità che è dovuta ad ogni educazione anche negli animali che si sono potuti addomesticare. Per misurarla Bérillon impiega un processo speciale che chiama detenzione muscolare. Si può anche usare il metodo detto neuroscopico che è dovuto al dott. Moutin. La malleabilità del soggetto è funzione del suo consenso: se egli si oppone il minimo ostacolo è insormontabile.

M. Isserlim, e H. Gudden, (Monaco) — *Il trattamento psichiatrico dei minorenni corrigendi.* — « Psychiatrische Jugendfürsorge », pag. 465 - 509.

Gli A A. al congresso psichiatrico Bavarese in base a numerose ricerche statistiche, espressero i seguenti postulati:

1° A tutti i manicomi provinciali devono essere annesse speciali sezioni per idioti ed epilettici. Tutti gli asili privati per idioti, epilettici ed alienati cronici debbono essere posti sotto la sorveglianza permanente del manicomio provinciale più vicino; gli individui ivi ricoverati debbono essere posti in ogni caso sotto il trattamento di un medico curante (anche se non residente) sia un

psichiatra, per i più piccoli che almeno l' assistenza medica, sia pure non specialistica, non venga mai a mancare.

2° Nelle grandi città è indicato erigere istituti appositi per giovinetti idioti, imbecilli ed epilettici, posti in rapporto di vicinanza e amministrativamente congiunti con un istituto per corrigendi, il quale ultimo deve essere fornito di una sezione a parte destinata ai corrigendi psichicamente anomali, inoltre si deve provvedere ad un ricovero per gli allievi poveri e deboli delle scuole popolari.

3° È necessario che anche in Baviera, seguendo l'esempio della Prussia e del Baden, si provveda all'esame psichiatrico-nevrologico di tutti i minorenni corrigendi ricoverati nelle case di correzione : questi esami debbono essere ripetuti regolarmente e completati dallo studio degli atti, degli attestati scolastici e di altri documenti da fornirsi dalle autorità amministrative. I dati degli esami dovranno essere registrati soprà moduli uniformi.

4° Sembra indicato ricercare per mezzo di ricerche mediche specialistiche gli allievi che presentino anormalità o deficienze psichiche al più presto possibile e in tutti i casi dubbi sottoporli ad una prolungata ed esauriente osservazione psichiatrica e nevrologica. Meglio di tutto sarebbe praticare l'esame al momento stesso nel quale il giovinetto viene ammesso nella casa di correzione. Alle spese relative si provvederà secondo la tariffa stabilita da una legge locale speciale.

5° Nei corrigendi riconosciuti deficienti si dovrà in modo particolare curare il trattamento educativo. Lo psichiatra dal canto suo dovrà stabilire a qual mestiere potrà essere avviato ogni singolo allievo, o meglio quali saranno i mestieri da escludere in ogni singolo caso, avvertire la famiglia nella quale l' alunno sarà messo in custodia circa le sue caratteristiche mentali, eventualmente giudicare se sia necessario, all' approssimarsi della maggiore età, iniziare il procedimento d' interdizione.

6° Si potranno lasciare nelle case di correzione gl' individui affetti da sola fragilità intellettuale o da imbecillità lievissima, purchè in queste esistano speciali istituzioni, come le classi aggiunte o la scuola a parte per deficienti : potranno anche rimanere nell'istituto

F. Soltera — *La malleabilité mentale.* — « Rev. fren. espanola », agosto 1912.

La malleabilità mentale è la disposizione più o meno grande che ha un individuo d'accettare una direzione estranea o di subire un' influenza ; è un elemento molto importante della psiche individuale, perchè può negli stati patologici andare molto lontano nei due sensi : essere ridotta a zero in certi alienati, essere estrema in alcuni stati di debolezza. Bérillon l' ha studiata perchè da essa dipende il grado d' infuenza sul soggetto in rapporto al trattamento psichico rieducativo per mezzo della suggestione allo stato di veglia. Per l' autore le genti di montagna sono meno malleabili che quelle del piano. Questa facoltà varia colle condizioni atmosferiche cosmiche ed elettriche e lo stato del soggetto. È alla malleabilità che è dovuta ad ogni educazione anche negli animali che si sono potuti addomesticare. Per misurarla Bérillon impiega un processo speciale che chiama detenzione muscolare. Si può anche usare il metodo detto neuroscopico che è dovuto al dott. Moutin. La malleabilità del soggetto è funzione del suo consenso : se egli si oppone il minimo ostacolo è insormontabile.

M. Isserlim, e H. Gudden, (Monaco) — *Il trattamento psichiatrico dei minorenni corrigendi.* — « Psychiatrische Jugendfiirsorge », pag. 465 - 509.

Gli A A. al congresso psichiatrico Bavarese in base a numerose ricerche statistiche, espressero i seguenti postulati :

1° A tutti i manicomi provinciali devono essere annesse speciali sezioni per idioti ed epilettici. Tutti gli asili privati per idioti, epilettici ed alienati cronici debbono essere posti sotto la sorveglianza permanente del manicomio provinciale più vicino ; gli individui ivi ricoverati debbono essere posti in ogni caso sotto il trattamento di un medico curante (anche se non residente) sia un

psichiatra, per i più piccoli che almeno l' assistenza medica, sia pure non specialistica, non venga mai a mancare.

2° Nelle grandi città è indicato erigere istituti appositi per giovinetti idioti, imbecilli ed epilettici, posti in rapporto di vicinanza e amministrativamente congiunti con un istituto per corrigendi, il quale ultimo deve essere fornito di una sezione a parte destinata ai corrigendi psichicamente anomali, inoltre si deve provvedere ad un ricovero per gli allievi poveri e deboli delle scuole popolari.

3° È necessario che anche in Baviera, seguendo l'esempio della Prussia e del Baden, si provveda all'esame psichiatrico-nevrologico di tutti i minorenni corrigendi ricoverati nelle case di correzione : questi esami debbono essere ripetuti regolarmente e completati dallo studio degli atti, degli attestati scolastici e di altri documenti da fornirsi dalle autorità amministrative. I dati degli esami dovranno essere registrati sopra moduli uniformi.

4° Sembra indicato ricercare per mezzo di ricerche mediche specialistiche gli allievi che presentino anormalità o deficienze psichiche al più presto possibile e in tutti i casi dubbi sottoporli ad una prolungata ed esauriente osservazione psichiatrica e nevrologica. Meglio di tutto sarebbe praticare l'esame al momento stesso nel quale il giovinetto viene ammesso nella casa di correzione. Alle spese relative si provvederà secondo la tariffa stabilita da una legge locale speciale.

5° Nei corrigendi riconosciuti deficienti si dovrà in modo particolare curare il trattamento educativo. Lo psichiatra dal canto suo dovrà stabilire a qual mestiere potrà essere avviato ogni singolo allievo, o meglio quali saranno i mestieri da escludere in ogni singolo caso, avvertire la famiglia nella quale l' alunno sarà messo in custodia circa le sue caratteristiche mentali, eventualmente giudicare se sia necessario, all' approssimarsi della maggiore età, iniziare il procedimento d' interdizione.

6° Si potranno lasciare nelle case di correzione gl' individui affetti da sola fragilità intellettuale o da imbecillità lievissima, purchè in queste esistano speciali istituzioni, come le classi aggiunte o la scuola a parte per deficienti : potranno anche rimanere nell'istituto

comune gli alunni che presentino fatti nevrosici o psicopatici lievi, purchè si tenga conto della pecularietà loro. Entrambi i gruppi debbono essere considerati come educabili e trattati alla stregua degli alunni normali.

7° Gli allievi difficilmente educabili o gravemente psicopatici debbono esser ricoverati in istituti appositi posti sotto la direzione di un psichiatra. Sembra opportuno, sia per motivi economici e tecnici, sia per facilitare la sorveglianza per parte dello specialista anche degli alunni rimasti nella casa di correzione centrale, aggregare questi istituti speciali alla prima ponendoli sotto la stessa direzione amministrativa.

8° I deficienti di grado più alto, gli isterici, epilettici o psicopatici conclamati, i degenerati e gli alienati debbono essere inviati nei manicomi. Anche in questi è considerabile che non si perda di vista, entro i limiti del possibile, il trattamento educativo, che però dovrà combinarsi con il vero trattamento medico e talora esser da questo sostituito. Il miglior mezzo per ottenere miglioramenti o guarigioni consiste del resto anche in questi casi nell'indirizzare i giovanetti ad un mestiere che sia loro adatto.

9° Tutti gli istituti destinati alla cura dei corrigendi, a cominciare dalla casa di correzione ordinaria fino al manicomio, debbono aver principalmente lo scopo di preparare i giovinetti, più specialmente i deficienti e gli anormali, ad essere accolti in famiglie adatte per essere ivi ulteriormente educati ed istruiti, essendo questa la via più naturale per ricondurli in seno alla società. Naturalmente durante la custodia domestica, specialmente se si tratti di elementi anormali, deve continuare l' opera del medico. Si raccomanda fortemente che vengano istituiti, come già è stato fatto in Prussia, corsi completi e regolari di perfezionamento con insegnamento anche della parte psichiatrica per i direttori, i medici ed i sorveglianti delle case di correzione : già al momènto della assunzione in servizio si deve richiedere che il personale possegga una adeguata istruzione.

10° La sorveglianza dei corrigendi non dovrà in molti casi cessare neppur dopo raggiunta la maggiore età, sia nel loro inte-

resse, che in quello della società. Si dovrà provvedere a seconda dei casi alla interdizione o a un' altra specie di tutela.

11° Le case di correzione e gli istituti speciali dovranno essere costruiti in campagna e non essere troppo grandi ; non si dovranno all' uopo utilizzare le prigioni abbandonate, neppure riadattandole.

Sicard e Bollack. — *La trapanazione nell'epilessia traumatica.* — « Soc. de Neurologie de Paris », gennaio 1913.

In un caso di epilessia traumatica erano state praticate dodici operazioni sul cranio (craniectomie e tentativi di distacco di aderenze) nello spazio di una ventina di anni. Il risultato fu la trasformazione dello Stato iacksoniano, con accessi relativamente rari in una emiparesi permanente con contrattura.

Gli AA. convengono nei casi di epilessia traumatica di tentare l'operazione, ma quando dopo questa tornano gli accessi, lasciare il caso alla sola cura medica.

V. Neri. — *Sui confini dell'epilessia.* — « R. Accademia medica », seduta del 26 gennaio, 1913.

Presenta all'assemblea un bambino di quattro anni, sofferente di attacchi di sonno irresistibili ed improvvisi della durata di circa cinque minuti. Durante il sonno non v'era nè perdita di urine nè di feci. Il bambino poteva essere facilmente svegliato, ma tosto ricominciava a dormire e cessato l'attacco ricordava di essere stato svegliato. Gli attacchi si ripetevano da circa 4 mesi e per due, tre e anche quattro volte nella giornata. Il bimbo era stato sottoposto ad una cura bromica, ma tuttavia gli attacchi si ripetevano con maggior frequenza. Dietro una cura per due mesi di caffeina alla dose di 20 centgr. al dì, gli attacchi, scomparvero.

L' O. dopo varie considerazioni d'ordine diagnostico e patoge-

netico, conclude per un caso di *narcolessi;* un caso cioè di quell'affezione rarissima descritta per la prima volta del Gelineau nel 1880 e posta da Gower sui confini dell'epilessia.

Veygaudt. — *Psychologie du Crime.* — « Revue Neur », n. 18 1913.

Questa questione è stato l'oggetto di recenti disposizioni legislative in Ungheria, in Inghilterra, e in Italia. Le opinioni nel delitto vanno modificandosi ed entrano con ritardo nell'opinione pubblica. Il delitto è l'impronta di una individualità e della sua estrinsecazione e la eredità ha in esso la parte principale.

I criminali si possono distinguere in: 1° criminali d'occasione, 2° criminali spontanei o per suggestione, 3° d'opportunità, 4° criminali abituali, 5° criminali professionali, 6° criminali deboli di spirito, 7° criminali alienati.

Questa divisione rapprenta il grado progressivo di variazione dal normale.

Non si può sostenere che la pena debba essere il rimedio contro gli atti criminali. L'idea del gastico e della repressione conduce a un gran numero di ingiustizie.

La repressione dovrebbe servire a proteggere la società da nuovi atti delittuosi del criminale e potrà ossere applicata la forma dell'isolamento per il criminale abituale, di un istituto industriale o il riformatorio per il criminale d'occasione di un istituto di educazione per la gioventù, d'un asilo per i deficenti e gli squilibrati.

Ma la durata di questa cura d'isolamento dovrà dipendere dall'esito del trattamento, nè potrà essere mai fissata prima. Le misure preventive sono insomma assai più importanti che le repressive.

L. Bianchi, di Napoli, dice che il problema della criminalità è un problema sociale di una grande importanza per lo Stato; esso deve essere studiato assai bene dal lato fisiologico e psicologico.

H. Colin, di Parigi, espone qualche osservazione per dimo-

strare che il crimine è assai spesso la prima manifestazione dello squilibrio cerebrale in certi casi di demenza precoce.

H. Coriat, di Boston, si occupa sopratutto dei giovani delinquenti: egli considera che i giovani criminali presentano spesso dei sintomi gravi di disordine mentale, demenza precoce, epilessia, imbecillità.

Vitali (Uraguai) dice che tutti i delitti dimostrano una mancanza di volontà nell'individuo, il più di sovente quale causa del delitto si trova un difetto di educazione.

James Crichton Browne, di Londra, allude al lavoro di Lombroso, egli considera che tutti quelli che volessero entrare in servizio nelle prigioni dovrebbero fare uno studio in una casa di alienati per familiarizzarsi con le malattie mentali.

Si farebbe un gran progresso se si nominasse un medico come direttore delle prigioni.

Guy de Maupassant *e il suicidio. Contributo alla psicologia del suicidio nella paralisi progressiva.* — Comunicazione fatta all' Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

L' O. crede di vedere una scarsa simpatia di Maupassant per il suicidio: oltre che per il proprio ideale artistico, egli doveva repugnarne per la propria costituzione fisico-psichica.

Accettata la diagnosi di paralisi progressiva (Lagriffe), (ne riferirebbe però l' inizio dei primi sintomi al 1887), egli esamina la psicologia dei due tentativi di suicidio, commessi dal Maupassant la notte del 1° gennaio 1892.

Tentativi coscienti? L' O. non crede: al suicidio non è il Maupassant mai ricorso, anche se talora vi ha oscuramente alluso, nè come nevrastenico grave, nè nel periodo prodromico della paralisi progressiva. I due tentativi, per lo stato mentale attuale del loro autore, per la loro estemporaneità, per l' assenza di un serio movente, per i mezzi impropri impiegati, per la loro assurdità, per l' epoca morbosa in cui furono commessi, per il successivo fan-

ciullesco comportamento, furono puri e semplici atti automatici, pure impulsioni, caratteristiche del periodo avanzato della paralisi progressiva, in cui era già entrato il Maupassant da due anni: essi ne completano il tristissimo quadro, definitivamente improntandolo del loro suggello demenzïale.

E. Padovani.

La cutireazione alla luetina nella paralisi progressiva. — « L. Benedek Münch. mediz. Wochenschrift », 16 Sept. 1913.

Il fatto che gli individui che hanno sofferto la sifilide dimostrano una sensibilità speciale all'estratto di organi sifilitici, oppure al materiale di coltura pura della spirocheta pallida, ha un grande valore dal punto di vista diagnostico, e può anche ampiamente utilizzarsi nel problema della patogenesi della paralisi progressiva.

Nelle manifestazioni gommose, Finger, Wassermann ed altri pensano di vedere l'espressione di alterazioni delle capacità reattive dei tessuti nel senso allergico. Nakano ha potuto in due casi di sifilide provocare l'eruzione di manifestazioni gommose mediante il suo estratto di fegato sifilitico. E perciò le lesioni sifilitiche tardive potrebbero essere considerate come processi affini alle reazioni anafilattiche. Così pure si spiegherebbe perchè le percentuali delle reazioni fondate sulla ipersensibilità sono molto più alte nello stadio terziario in confronto con gli stadi più precoci.

Sono note le differenze cliniche che distinguono abbastanza nettamente la paralisi generale dalla forma cerebrale della sifilide terziaria. Vi sono d'altra parte conoscenze teoriche e fisiologiche che accomunano le due malattie.

Fondandosi sulla propria esperienza, l'A. ritiene che, mediante la reazione allergica, la dimostrazione biologica della origine sifilitica della paralisi acquisti un nuovo argomento; e dice che le differenze della reazione nelle due malattie potranno essere utilizzate a rischiarare le differenze cliniche delle stesse. Dalle ricerche

anafilattiche in rapporto al problema della patogenesi dobbiamo ancora aspettarci risultati di grande interesse.

Nella sifilide, oltre la cutireazione e l' intradermoreazione di Noguchi, altre ricerche sono state fatte in questo campo. Meirowzky ha usato a questo scopo un'emulsione di fegato sifilitico in glicerina o in soluzione cloruro-sodica; malgrado la reazione fosse pregiudicata dalla presenza delle sostanze albuminoidi tossiche, pure fu trovata positiva in una certa percentuale di sifilitici. Qualcosa di simile hanno ottenuto Nicolas, Fravre, Gauthier da un estratto glicerico di fegato e dalla cosidetta sifilina. Tedeschi e Meirowsky hanno pure praticato delle istallazioni congiuntivali per la oftalmoreazione. In questa direzione hanno inoltre lavorato Bruck, Berlin, Ciuffo e Jadasshon ma con scarsi risultati.

Come nella tubercolosi, anche nella sifilide si è cercato di usare delle sostanze non specifiche in queste ricerche: inoculazioni di soluzioni di glicocolato di soda, ecc. Noguchi ha usato la luetina, che è un'emulsione di coltura di treponema pallido sterilizzata a 60°.

Secondo il parere della maggior parte degli autori, la cutireazione mentre nella sifilide primaria soltanto in una piccola percentuale è positiva, nella sifilide terziaria è fortemente positiva nel 100 % dei casi.

Anche in rapporto con la reazione di Wassermann parla in favore della cutireazione allergica nel 3° stadio della lue, in favore della Wa. R. nella sifilide secondaria e sopratutto nella primaria.

Noguchi ha iniettato la luetina nella parasifilide (in 72 casi di paralisi) con risultati sufficientemente buoni: in 45 casi la reazione fu positiva ed in 27 negativa, di 5 casi di tabe, in 3 fu positiva, in 2 negativa.

L'A. ha usato la luetina del Noguchi allungandola in soluzione fisiologica cloruro-sodica sterile nel rapporto di 0.07 a 0.03 cmc. Ha iniettato 0.1 cmc. di questa soluzione con un piccolo ago superficialmente nella pelle, a 4-5 mm. di profondità nello spessore della pelle. Ha praticato l'iniezione nella superficie flessoria dell'avambraccio, previa disinfezione con etere ed alcool. Ha omesso

ogni sorta di controllo, che secondo l'opinione di Noguchi è completamente superfluo.

Nei casi negativi, nel punto dell'iniezione, dopo alcune ore, si manifesta nna piccola papula di 2-3 mm. di diametro, colorata dopo 24-36 ore nella stessa intensità, si scolora poi gradatamente, e può ancora dopo 4-5 giorni persirtere come una piccola testa di spillo od un grano di miglio, e poi scompare. Un' eccezione l' A. ha osservato in pochi casi a reazione negativa, nei quali nel punto dell'iniezione e nelle vicinanze immediate si è manifestata un'emorragia microscopica ed intorno a questa un alone rosso-pallido. La emorragia è scomparsa dopo 3-4 giorni coi soliti fenomeni di emocromatosi.

Nei casi positivi le alterazioni locali già dopo 24-48 ore dalla iniezione nella maggior parte dei casi si distinguono dalle reazioni negative, sono di color rosso vivo e distintamente prominenti sul piano della cute sana circostante. In alcuni già si mostra un alone rosso vivo grosso quanto un fagiolo o una moneta da una lira. Delle volte 24-48 ore dopo esiste un alone edematoso, intensamente colorato intorno ad una papula nettamente delimitata di 3-5 mm. diametro. Al 3° e 4° giorno la reazione è ancor più accentuata, aumenta di diametro, più prominente, si allarga l'alone, spesso al centro della papula o eccentricamente appare una pustula di 2-3 mm. di diametro, che spontaneamente si vuota senza lasciare perdita di sostanza. Nei casi positivi la reazione raggiunge il massimo di intensità tra il 4° e il 5° giorno.

Tenendo conto di tutti i particolari di forma e di sviluppo, l'A. classifica le reazioni positive in 3 categorie, a seconda del grado della loro intensità: reazioni forti, di media intensità, reazioni deboli.

Ha eseguito in tutto in 95 casi la reazione intradermica con la luetina di Noguchi: in 81 casi di paralisi progressiva, in 10 di demenza precoce, in 3 di sifilide cerebrale ed in 1 caso di lue latente.

Degli 81 casi di paralisi progressiva, ben 65 e cioè l'80,40°/₀ han dato reazione positiva (28 reazioni forti, 23 medie, 14 deboli);

dei dieci di demenza precoce invece soltanto un caso ha dato reazione positiva debole.

Nei tre casi di sifilide cerebrale al contrario, al 5° giorno, nel mezzo di un alone rosso vivo di 3-5 cm. di diametro, si è sviluppato un nodo grosso quanto una nocciola, di colorito rosso scuro, i cui limiti digradavano in un tessuto circostante edematoso. In un caso l'edema si estendeva per un tratto di cute largo quanto la palma di mano di un bambino. Al 7° giorno nel mezzo del nodo è comparsa una vescicola, con contenuto denso giallo-scuro, che si vuotò tra l'8° e il 9° giorno, e dopo di ciò cominciò il periodo di involuzione della manifestazione. Dopo 3 settimane persisteva ancora un nodo quanto un fagiuolo. Questa reazione fu pressochè uguale in tutti i tre i casi di sifilide cerebrale, nei quali dunque abbiamo avuto una manifestazione gominiforme, mai osservata nella paralisi progressiva. L' A. non ha potuto ripetere l'esperienza in più casi.

È evidente l'importanza di questa reazione nella diagnosi differenziale fra sifilide cerebrale e paralisi generale.

L'intradermoreazione in questi tre casi non ha affatto influenzato la reazione di Wassermann.

In uno di questi casi l'A. ha cercato di influenzare la forte reazione intradermica mediante l'iniezione endovenosa di 0,5 di neosalvasan, ma la fase involutiva della reazione non ha presentato in questo caso differenze speciali in confronto con gli altri due casi.

Lo studio istologico di queste efflorescenze gommiformi della reazione intradermica alla luetina è riuscito di notevole interesse per la disposizione e la struttura delle cellule giganti, delle cellule epitelioidi e per i focolai di infiltrazioni a cellule mononucleari, polinucleari e a granulazione polimorfi.

Le ricerche comparative fra la reazione di Wassermann e la cutireazione in 52 casi di paralisi progressiva hanno dato risuttato favorevole alla Wr.

In casi nei quali in seguito a trattamento mercuriale la Wr. era diventata negativa o debolmente positiva, l' A. ha potuto os-

servare anche una forte intradermoreazione, e viceversa ha osservato una Wr... positiva in alcuni casi con intradermoreazione debole o negativa.

Per concludere. l' A. crede che la diagnosi differenziale fra sifilide cerebrale e paralisi progressiva può giovarsi dei risultati di queste ricerche.

P. Sabella.

Rogues de Fursac e Genil-Perrin. — *Gli antecedenti ereditari nei paralitici generali.* — « Annales mèdico-psycol. », Iullet 1913.

Gli AA. hanno cercato in un loro lavoro di stabilire, più che la frequenza assoluta dell'eredità negli alienati, la frequenza relativa comparandola in due classi di ammalati : i paralitici generali e i non paralitici. A questo scopo hanno utilizzato le storie di 344 ammalati con anamnesi completa, 97 di questi erano affetti da paralisi progressiva, 247 presentavano altre forme morbose del sistema servoso.

Tutti questi 344 ammalati avevano gli ascendenti o dei collaterali che avevano delle affezioni nervose, o delle malattie discrasiche, che, come è comunemente ammesso, esercitano la loro influenza sul sistema nervoso.

Gli AA. hanno diviso le influenze ereditarie in vesaniche e congestizie : alle prime hanno assegnato le psicosi, l'isteria, la neurastenia, l'eccentricità, alle seconde la apoplessia, i rammollimenti la demenza senile, la paralisi generale, l'epilessia, l'alcoolismo, tutte le malattie organiche del sistema nervoso, la gotta, il diabete.

Nei paralitici generali si trova molto più frequentemente che negli altri ammalati l'eredità congestizia e precisamente nel 53,60 °/o dei casi, mentre negli altri alienati si riscontra solo nel 21.45 °/o. Nei paralatici l'eredità paterna è pure comparativamente più frequente.

L'eredità materna è leggermente superiore nei non paralitici; l'eredità convergente è pure in questi più forte.

Il numero delle tare ereditarie agenti è più elevato nei paralitici che negli altri ammalati.

Se l'ereditarietà appare presso a poco così frequentemente nei paralitici come agli altri, essa però è più grave in questi ultimi.

Spire A. — *Psychose Puerperale* (Psicosi puerperale). — « Revue mêdicale de l'Est ».

Si tratta di una primipara trentenne, la quale, oltre di avere una ricca eredità nevropatica, è essa stessa una psicastenica. Oltre a ciò, Ella viene a presentare al sesto mese di gravidanza uno stato melanconico ansioso, e ciò nel medesimo tempo che si manifestano in lei dei sintomi di auto-intossicazione gravidica. Il parto gemellare si effettua all'ottavo mese.

Dei neonati, uno muore al dodicesimo giorno, mentre l' altro seguita a vivere. La madre, infine, che tentava di suicidarsi durante il parto, migliora sensibilmente dopo il parto e ritorna in uno stato mentale assai sodisfacente.

L'A. dopo di aver passato in rassegna le diverse varietà di psicosi della gestazione, discutendone le indicazioni terapeutiche, conclude ritenendo con tutta sicurezza che non vi è mai alcun motivo che possa giustificare l'intervento ostetrico onde provarne il parto prematuro; bastando, aggiunge la sorveglianza della puerpera e nient'altro.

Il bambino viene ordinariamente sano alla luce.

D'Abundo G. (Catania). — *Turbe neuro psichiche consecutive alle commozioni della guerra italo-turca.*

Dallo studio di 50 casi ricoverati nella sua clinica (epilettici, neurastenici, psicopatici con stati allucinatori, inibitori deliranti e confusionali) desume che l'elemento predisponente neuropsicopatico ereditario ad aggiunto rappresenta il fattore più importante; che

ogni sorta di controllo, che secondo l'opinione di Noguchi è completamente superfluo.

Nei casi negativi, nel punto dell'iniezione, dopo alcune ore, si manifesta nna piccola papula di 2-3 mm. di diametro, colorata dopo 24-36 ore nella stessa intensità, si scolora poi gradatamente, e può ancora dopo 4-5 giorni persirtere come una piccola testa di spillo od un grano di miglio, e poi scompare. Un' eccezione l' A. ha osservato in pochi casi a reazione negativa, nei quali nel punto dell'iniezione e nelle vicinanze immediate si è manifestata un'emorragia microscopica ed intorno a questa un alone rosso-pallido. La emorragia è scomparsa dopo 3-4 giorni coi soliti fenomeni di emocromatosi.

Nei casi positivi le alterazioni locali già dopo 24-48 ore dalla iniezione nella maggior parte dei casi si distinguono dalle reazioni negative, sono di color rosso vivo e distintamente prominenti sul piano della cute sana circostante. In alcuni già si mostra un alone rosso vivo grosso quanto un fagiolo o una moneta da una lira. Delle volte 24-48 ore dopo esiste un alone edematoso, intensamente colorato intorno ad una papula nettamente delimitata di 3-5 mm. diametro. Al 3° e 4° giorno la reazione è ancor più accentuata, aumenta di diametro, più prominente, si allarga l'alone, spesso al centro della papula o eccentricamente appare una pustula di 2-3 mm. di diametro, che spontaneamente si vuota senza lasciare perdita di sostanza. Nei casi positivi la reazione raggiunge il massimo di intensità tra il 4° e il 5° giorno.

Tenendo conto di tutti i particolari di forma e di sviluppo, l'A. classifica le reazioni positive in 3 categorie, a seconda del grado della loro intensità: reazioni forti, di media intensità, reazioni deboli.

Ha eseguito in tutto in 95 casi la reazione intradermica con la luetina di Noguchi: in 81 casi di paralisi progressiva, in 10 di demenza precoce, in 3 di sifilide cerebrale ed in 1 caso di lue latente.

Degli 81 casi di paralisi progressiva, ben 65 e cioè l'80,40°/o han dato reazione positiva (28 reazioni forti, 23 medie, 14 deboli);

dei dieci di demenza precoce invece soltanto un caso ha dato reazione positiva debole.

Nei tre casi di sifilide cerebrale al contrario, al 5° giorno, nel mezzo di un alone rosso vivo di 3-5 cm. di diametro, si è sviluppato un nodo grosso quanto una nocciola, di colorito rosso scuro, i cui limiti digradavano in un tessuto circostante edematoso. In un caso l'edema si estendeva per un tratto di cute largo quanto la palma di mano di un bambino. Al 7° giorno nel mezzo del nodo è comparsa una vescicola, con contenuto denso giallo-scuro, che si vuotò tra l'8° e il 9° giorno, e dopo di ciò cominciò il periodo di involuzione della manifestazione. Dopo 3 settimane persisteva ancora un nodo quanto un fagiuolo. Questa reazione fu pressochè uguale in tutti i tre i casi di sifilide cerebrale, nei quali dunque abbiamo avuto una manifestazione gominiforme, mai osservata nella paralisi progressiva. L' A. non ha potuto ripetere l'esperienza in più casi.

È evidente l'importanza di questa reazione nella diagnosi differenziale fra sifilide cerebrale e paralisi generale.

L'intradermoreazione in questi tre casi non ha affatto influenzato la reazione di Wassermann.

In uno di questi casi l'A. ha cercato di influenzare la forte reazione intradermica mediante l'iniezione endovenosa di 0,5 di neosalvasan, ma la fase involutiva della reazione non ha presentato in questo caso differenze speciali in confronto con gli altri due casi.

Lo studio istologico di queste efflorescenze gommiformi della reazione intradermica alla luetina è riuscito di notevole interesse per la disposizione e la struttura delle cellule giganti, delle cellule epitelioidi e per i focolai di infiltrazioni a cellule mononucleari, polinucleari e a granulazione polimorfi.

Le ricerche comparative fra la reazione di Wassermann e la cutireazione in 52 casi di paralisi progressiva hanno dato risuttato favorevole alla Wr.

In casi nei quali in seguito a trattamento mercuriale la Wr. era diventata negativa o debolmente positiva, l' A. ha potuto os-

servare anche una forte intradermoreazione, e viceversa ha osservato una Wr... positiva in alcuni casi con intradermoreazione debole o negativa.

Per concludere. l' A. crede che la diagnosi differenziale fra sifilide cerebrale e paralisi progressiva può giovarsi dei risultati di queste ricerche.

P. Sabella.

Rogues de Fursac e Genil-Perrin. — *Gli antecedenti ereditari nei paralitici generali.* — « Annales-mèdico-psycol. », Iullet 1913.

Gli AA. hanno cercato in un loro lavoro di stabilire, più che la frequenza assoluta dell'eredità negli alienati, la frequenza relativa comparandola in due classi di ammalati: i paralitici generali e i non paralitici. A questo scopo hanno utilizzato le storie di 344 ammalati con anamnesi completa, 97 di questi erano affetti da paralisi progressiva, 247 presentavano altre forme morbose del sistema servoso.

Tutti questi 344 ammalati avevano gli ascendenti o dei collaterali che avevano delle affezioni nervose, o delle malattie discrasiche, che, come è comunemente ammesso, esercitano la loro influenza sul sistema nervoso.

Gli AA. hanno diviso le influenze ereditarie in vesaniche e congestizie: alle prime hanno assegnato le psicosi, l'isteria, la neurastenia, l'eccentricità, alle seconde la apoplessia, i rammollimenti la demenza senile, la paralisi generale, l'epilessia, l'alcoolismo, tutte le malattie organiche del sistema nervoso, la gotta, il diabete.

Nei paralitici generali si trova molto più frequentemente che negli altri ammalati l'eredità congestizia e precisamente nel 53,60 °/o dei casi, mentre negli altri alienati si riscontra solo nel 21.45 °/o. Nei paralaiici l'eredità paterna è pure comparativamente più frequente.

L'eredità materna è leggermente superiore nei non paralitici; l'eredità convergente è pure in questi più forte.

Il numero delle tare ereditarie agenti è più elevato nei paralitici che negli altri ammalati.

Se l'ereditarietà appare presso a poco così frequentemente nei paralitici come agli altri, essa però è più grave in questi ultimi.

Spire A. — *Psychose Puerperale* (Psicosi puerperale). — « Revue mêdicale de l'Est ».

Si tratta di una primipara trentenne, la quale, oltre di avere una ricca eredità nevropatica, è essa stessa una psicastenica. Oltre a ciò, Ella viene a presentare al sesto mese di gravidanza uno stato melanconico ansioso, e ciò nel medesimo tempo che si manifestano in lei dei sintomi di auto-intossicazione gravidica. Il parto gemellare si effettua all'ottavo mese.

Dei neonati, uno muore al dodicesimo giorno, mentre l' altro seguita a vivere. La madre, infine, che tentava di suicidarsi durante il parto, migliora sensibilmente dopo il parto e ritorna in uno stato mentale assai sodisfacente.

L'A. dopo di aver passato in rassegna le diverse varietà di psicosi della gestazione, discutendone le indicazioni terapeutiche, conclude ritenendo con tutta sicurezza che non vi è mai alcun motivo che possa giustificare l'intervento ostetrico onde provarne il parto prematuro; bastando, aggiunge la sorveglianza della puerpera e nient'altro.

Il bambino viene ordinariamente sano alla luce.

D'Abundo G. (Catania). — *Turbe neuro psichiche consecutive alle commozioni della guerra italo-turca.*

Dallo studio di 50 casi ricoverati nella sua clinica (epilettici, neurastenici, psicopatici con stati allucinatori, inibitori deliranti e confusionali) desume che l'elemento predisponente neuropsicopatico ereditario ad aggiunto rappresenta il fattore più importante; che

una forma clinica neuropsicopatica specifica in seguito alle commozioni della guerra non esiste; più spesso depressivi con disturbi psico-sensoriali a preferenza visivi. Ad ogni modo la guerra colle sue molteplici commozioni può considerarsi come un fattore etiologico, che determina una vera selezione accelerata dei neuropsicopatici, cosicchè nei corpi di spedizione coloniali dovrebbe essere fatta una vera selezione preventiva per evitare di mandare soggetti eminentemente predisposti alla neuropsicosi, le quali potrebbero dar luogo a scene tragiche.

Marimò.

Ciccarelli F. (Aquila, Manicomio Provinciale). — *Sull'epilessia di origine oculare.*

Dall'osservazione di tre casi, che rende di pubblica ragione, l'A. conclude:

1.° Che la perdita di un globo oculare per lesioni traumatiche o no, deve essere annoverata tra le cause epilettogene.

2.° L'epilessia di origine oculare non deve considerarsi di origine riflessa ma deve riportarsi alla dissimetria anatomica e quindi al disquilibrio funzionale e dinamico che la degenerazione ascendente delle vie ottiche induce negli emisferi cerebrali.

Riva.

Ziveri A. (Macerata, Manicomio). — *Alcune considerazioni a proposito di un caso di « delirio acuto ».*

L'A. dopo un cenno sul concetto di *delirio acuto* ne descrive, clinicamente e istologicamente, un caso, insorto su una donna di 21 anni e terminato con la morte dopo un decorso di un mese e mezzo. Non risultarono cause infettive e soltanto negli ultimi giorni in cui comparvero complicazioni piodermiche, il decorso fu completamente apirettico, mentre il polso fu sempre assai frequente.

L'A. ritiene che i casi analoghi al descritto siano verosimilmente di natura tossica, e che per conseguenza il delirio acuto

possa avere, come vuole una parte degli autori, una etiologia diversa e non sempre infettiva. La sintomatologia e il decorso sono analoghi a quelli delle psicosi tossinfettive, ma però entrambi assai più tumultuosi; inoltre essendovi qualche sintomo in più (pseudocorea, insufficienza miocardica) e il decorso essendo pressochè costantemente mortale pare giustificato mantenere come varietà distinta e non cancellare dalla nosografia il quadro del delirio acuto.

Per ultimo l'A. termina ricordando brevemente alcune forme ancora incerte dell' età presimile, che hanno alcuni caratteri comuni con i deliri acuti.

Auto - riassunto.

Il presentimento della morte.

Scopo di questa nota è di ricercare le condizioni speciali che determinano la manifestazione del presentimento della morte, di esaminare le cause predisponenti, di riferire sullo stato psichico degl' individui invasi da questo presentimento e indicare il trattamento opportuno.

Nel campo della coscienza umana, nessuna idea occupa un posto così importante come l'idea della morte: squarciare i misteri del destino, conoscere la sorte riservata ai trapassati, è per molte persone la principale e talora l'unica preoccupazione dello spirito. Nella storia delle religioni l' idea della morte forma la base delle credenze; e anche ai nostri giorni, a popoli diversi per mentalità e civilizzazione, serve di fondamento alla metafisica e all' idea religiosa.

Da essa è sorto il culto dei morti che forma il principio fondamentale di numerose sette, in particolare del buddismo: e da quelle credenze si sviluppano nell'anima popolare tradizioni, leggende, superstizioni che costituiscono il grado di coltura più propizio allo sviluppo dell'incubo della morte che talora raggiunge l'ossessione. Per dimostrare questa verità non c'è bisogno di prendere gli esempi nelle lontane regioni dell'Asia: noi vediamo nei nostri

paesi il culto dei morti sussistere attualmente con una incrollabile intensità in mezzo alle più vivaci leggende e superstizioni. La Brettagna è restata la terra classica per eccellenza di questa credenza agli spiriti, ai ritornanti, e innumerevoli sono le leggende legate alle loro apparizioni, ai loro rapporti coi vivi: e il Cristianesimo, di data relativamente recente in questa provincia, non ha potuto impiantarvisi vittoriosamente, ma ha dovuto adattarsi all'antica religione autonoma e innestarsi su credenze che risentono abbastanza di un paganesimo rudimentario. Questi spiriti non si contentano di partecipare agli atti della vita ordinaria, ma i loro riti religiosi sono identici a quelli terreni se debbiamo prestar fede all'avventura che capitò al vecchio Chatton de Peuveau che morì per aver assistito alla messa di mezzanotte che gli spiriti celebravano nella vecchia cappella rovinante di Saint-Christofle.

È facile comprendere l'influenza primordiale, che superstizioni e leggende, di cui si potrebbero moltiplicare gli esempi all'infinito esercitano sopra un numero d'individui di una istruzione rudimentale, di mentalità poco sviluppata e spesso ottenebrata dai vapori dell'alcool. Quando quest'individui siano testimoni di un fenomeno fisico, che spiegano a loro modo, immediatamente la superstizione prende corpo e determina una allucinazione sensoriale, uditiva e visiva. Non trovando che un freno troppo debole nella ragione, questa allucinazione investe tutta l'attenzione e finisce per degenerare in idea fissa mediante il meccanismo dell'auto o dell'etero-suggestione. Questa ossessione, una volta padrona della coscienza, può creare, a prescindere dalle altre turbe psichiche, una inibizione quasi completa dei centri nervosi. Se in queste condizioni sopravviene una malattia, la vittima, completamente depressa, si troverà senza difesa, e come quadro finale può aversi la morte.

Al di fuori d'ogni credenza religiosa e di ogni superstizione, si sono raccolte numerose osservazioni del presentimento della morte: sono state descritte da autori di tendenze filosofiche le più disparate, e alcuni non sono lontani dal considerare questo presentimento come una vera divinazione. Basterà di citare Montaigne, Buffon, J. J. Rousseau, Chateaubriand, Thiers e anche lo scettico

Mérimée per non dire di altri. Enrico IV ebbe il presentimento della morte, e sua moglie, Maria de' Medici, assalita dallo stesso tormento, lo scongiurò di non sortire quel giorno nel quale egli andò ad esporsi al pugnale di Ravaillac. Le citazioni potrebbero essere numerose; ma lasciamole da banda, domandiamoci piuttosto: vi è una divinazione nettamente definita? Non dimentichiamo che questi presentimenti si sono sempre manifestati durante torbidi politici rivoluzioni o guerra.

Ciascuno in questi periodi si è inteso più esposto a una morte violenta specie in personaggi della politica: si può ammettere con Diderot, che questo presentimento è stato, in talune circostanze, una previsione basata su di una delicata intuizione degli avvenimenti, e ciò che si è preso per una voce interna, non era che un calcolo ben fatto. Ma questa intuizione piuttosto che essere una sensazione propria di persone perspicaci, è spesso il risultato della paura che in soggetti predisposti sviluppa l'ossessione della morte. Questa opinione è corroborata dallo studio delle principali guerre (1870, russo-turca, russo-giapponese, turco-balcanica), e la storia dimostra che esse producono esaurimenti nervosi, psicosi, alienazione mentale. Ed è noto che le armate soccombenti sono decimate dalle più gravi malattie. Oltre che nello stato di guerra il presentimento della morte si sviluppa durante le grandi epidemie, aumentando la morbosità e la mortalità: questa ossessione si complica alla inibizione completa dei centri nervosi che rende gl'individui, particolarmente recettivi, al germe infettivo. Due esempi personali dell'A. sono molto probativi: durante l' infierire d' una infezione tifoidea al sud di Tunisi, egli vide morire un suo infermiere, che ammalato di tifoide, ebbe sempre il presentimento della morte; ed un giovane ufficiale veterinario, il quale preso dall'ossessione di dover morire di tifo addominale, non volle rientrare in Francia per amor proprio, ma soccombette alla temuta infezione. Questo infermiere e questo ufficiale, sono stati due soggetti psicastenici, proclivi all'idea fissa del terrore della malattia dominante: una volta padrona della loro coscienza, questa fobia si è sempre più accen-

tuata, traendo seco la inibizione dei centri nervosi, e conseguentemente una diminuzione della resistenza organica.

Resta dunque dimostrato che il presentimento della morte si presenta quasi sempre come un'idea fissa, una ossessione; che si produce specialmente in soggetti predisposti, sotto l'influenza della paura, che è la causa principale della morte stessa.

La cura è specialmente profilattica e consiste nella igiene psichica; larga diffusione dell'istruzione ed educazione razionale che svilupperanno forza di attenzione, logica e volontà. Ma una volta che questa turba psichica ha preso il corpo, non ci resta che ricorrere allo ipnotismo, il quale permette di esercitare sui cervelli malati, alla deriva, una pressione abbastanza energica per rinforzare l' attenzione e la volontà, e per sbarazzare la coscienza di questa ossessione perniciosa.

Paris.

Lehmann Isidori (Médic. o Clinic. Ost.)

La leucocitosi nell' epilessia.

Il dott. Jödiche, di Stettino, ricercò « Munch. med. Woch », 1913, n. 20, se fosse possibile distinguere per mezzo del semplice reperto ematologico l'accesso epilettico da quello non epilettico.

L' accesso epilettico può venir abilmente simulato, e talora riesce difficile la distinzione dall'accesso isterico. La consecuzione tipica di contrazioni toniche e cloniche, le morsicature della lingua, la schiuma sanguinolenta alla bocca, l'assenza della reazione pupillare e la perdita della memoria sono criterii importanti, ma non assoluti per la diagnosi. Persino le emorragie petechiali della cute e delle congiuntivite, talora osservate dopo le convulsioni epilettiche, furono descritte anche nell'isterismo (Enge). D' altra parte anche in epilettici possiamo avere accessi isterici.

In alcuni Autori soltanto l' albuminuria postparossistica viene considerata un segno caratteristico per la diagnosi dell' epilessia in confronto dell'isterismo, però è questo un segno che anche negli epilettici manca in più della metà delle osservazioni.

Le manifestazioni parossistiche dell'epilessia hanno dato ripetutamente occasione a studi ematologici, dai quali risultò una leucocitosi.

Ora l'Jödiche si propose di ricercare se questa leucocitosi si può considerare tipica e caratteristica dell'epilessia o se si può avere anche in analoghe manifestazioni isteriche.

Furono eseguiti 56 esami del sangue dopo gli accessi, e precisamente 52 in epilettici e 4 in isterici.

Gli accessi epilettici furono sempre seguiti da notevole aumento dei leucociti, anche quando si trattava di leggeri accessi di piccolo male, ma con particolare evidenza nei parossismi più gravi.

Come esempi l'Autore riporta 3 casi: nel primo l'aumento fu da 7300 a 17900, nel secondo da 8800 a 16100, nel terzo da 8200 a 19600.

Analogamente a quanto trovarono il Krumbiller ed il Rohde, i più alti valori furono trovati subito dopo le convulsioni, e dopo 10-20 minuti quasi costantemente di nuovo cifre normali.

Prima dell'accesso non fu, in generale, trovato aumento; soltanto in due ammalati che erano ottusi e sonnolenti e si lagnavano di cefalee, di ronzio d'orecchi, di scintillii la leucocitosi fu riscontrata per alcuni giorni prima dell'accesso.

Invece dopo gli accessi isterici il numero dei leucociti è normale.

Nè nell'una nè nell'altra delle due forme morbose fu riscontrato un aumento degli eritrociti.

Data l' importanza clinica e medico-legale che può avere la diagnosi d' epilessia, l' Autore rileva l'importanza che assume la leucocitosi come segno sicuro, e non imitabile.

L'Autore si riserva ulteriori comunicazioni sul tipo della leucocitosi osservata.

La ragione della leucocitosi viene diversamente interpretata da varii Autori. Il Krumbiller l' attribuisce a contrazione della milza, che egli vide ridursi durante l'accesso di una lunghezza di 11-12 a quella di 8-9 cm. e da una larghezza di 7-8 a 6 cm. L'Jödicke non conferma però questa osservazione.

Così pure l'Jödicke non si associa completamente all'opinione di Burrow, il quale attribuisce la leucocitosi semplicemente all'effetto del lavoro muscolare generale, perchè non osservò una proporzione fra le contrazioni muscolari e la leucocitosi.

Piuttosto l' Autore pensa ad azioni di difesa dell' organismo per la neutralizzazione di tossine prodotte per alterazioni del ricambio.

Pari.

L. Daneo e M. Ferrari (Genova). — *Di alcune ricerche emo - citologiche e fisico - chimiche in scorbutici alienati.* — « Rassegna di Studi Psichiatrici », vol. III, fasc. 1, gennaio-febbraio 1913.

Le ricerche degli AA. mettono in luce queste speciali note :

Diminuzione costante dei globuli rossi ; evidente leucocenia con costante aumento dei mononucleati grandi e forme di passaggio ; diminuzione dei linfociti ed eosinofilia spiccata nei casi più gravi che va riducendosi nelle forme laggiere o in via di miglioramento.

La resistenza globulare è sensibilmente e costantemente diminuita.

La pressione arteriosa notevolmente abbassata in due casi più gravi in confronto di quelli a decorso meno grave starebbe a riprova della dipendenza del sistema cardio-vascolare dal processo morboso.

I dati ricavati dalla formula citologica possono forse interpetrarsi in appoggio alla teoria tossi-infettiva e l' eosinofilia in analogia alle vedute di Präscher, che considera detti elementi a funzione develenizzante poi che contengono anticorpi specifici verso determinati veleni di origine endogena od esogena.

I risultati delle altre ricerche di ordine fisico - chimico sono, nelle circostanze attuali, difficilmente utilizzabili ; essi però, oltre che costituire elemento di conoscenza dottrinale, potrebbero opportunamente estese ed arricchite, aiutarci nell' interpetrazione del meccanismo a traverso cui si svolgono i processi della emorragia.

L. Schuyder (Bern). — *Le forme anoressiche della pubertà.* — « Korrespondenz-blatt für Schweizer Aerzte », n. 11, 1913.

L' A. distingue fra l' anoressia « passiva » e quella « attiva »: la prima manifestantesi quasi sempre combinata con insonnia, è processo consecutivo a depressioni ad abulia del paziente, mentre l'ultima è voluta coscientemente o inconsciamente, come mezzo di uno scopo, per « sfuggire alle avversie della realtà della vita ». Quest' ultima forma può originarsi per scrupolosità eccessiva, come reazione difensiva in conflitti, specialmente in quelli d'origine sessuale, come sintomo dell' isteria, come « istinto di regressione », il quale deriva dal non voler saper nulla della realtà della vita, forma questa frequente specialmente in ragazze giovani d'indole sensuale come resistenza contro possibili avventure sessuali.

Epilessia parziale continua. — « Gazzetta Ospedali », martedì, 9 decembre 1913.

Molti dei casi di epilessia parziale continua (sindrome di Kojewnikow) sono confusi con le mioclonie, mentre Long-Landry e Quercy (Revue neurol., n. 15, 1913) credono che i fenomeni convulsivi osservati nel loro caso, siano tutti di natura epilettica.

Si trattava di un uomo di 34 anni, ricoverato alla Salpêtriére per uno stato paraplegico degli arti inferiori e per accessi di epilessia iacksoniana all'arto superiore destro. La malattia era iniziata sei mesi innanzi, con senso di indebolimento alle gambe e con dolori alla regione lombare che andarono sempre aumentando d'intensità. Si aggiunge una certa difficoltà nei movimenti di flessione e di estensione del tronco, si che venne fatta diagnosi di morbo di Pott. Aveva inoltre fatti specifici agli apici polmonari, rialzi termici, ecc.

Qualche giorno dopo l'ingresso presentò delle crisi di epilessia iacksoniana localizzate all'arto superiore destro.

In seguito le scosse cloniche divennero permanenti con esarcebazioni, ad intervalli. Quando il mioclono è ridotto al minimo è limitato a livello del primo e secondo radiale esterno, degli estensori delle dita, e della eminenza tenare; quando si esacerba il braccio e l'avambraccio divengono sede di scosse che durano delle ore intere e si estendono talora fino alla metà destra della faccia e alla gamba dello stesso lato. Tre volte sole si produsse un accesso epilettico generalizzato con la fase tonica e perdita di coscienza.

Si tratta, evidentemente, di una lesione cerebrale superficiale con sede prossima alla corteccia, verso l'unione del terzo medio con il terzo inferiore della circonvoluzione frontale ascendente.

L'estensione della lesione deve essere molto ristretta poichè la reazione convulsiva ricorda tutti i caratteri della reazione che si può ottenere in una esperienza di fisiologia, mediante la eccitazione elettrica unipolare. La natura è poi probabilmente tubercolare, e l' esistenza dei fenomeni paralitici permanenti che accompagnano le convulsioni è piuttosto in favore di un tubercolo solitario corticale o subcorticale.

I vari AA. che hanno studiato questa varietà clinica le attribuirono una origine corticale, subcorticale od anche centrale; ma qualunque sia la localizzazione, questa non può spiegare il fenomeno più interessante, cioè la continuità, la permanenza della reazione convulsiva; e non si può neppure invocare la natura od infettiva dell' agente causale poichè tra i casi già noti, oltre quelli imputabili a sifilide e a tubercolosi ve ne sono anche inerenti a tumori.

Tanfani.

S. Soukhanoff. (Pietroburgo). — *Demenza precoce e alcoolismo.* - « Annales médico-psychologiques », n. 3, marzo, 1913.

Fa delle giuste considerazioni su i rapporti fra l' alcoolismo e la demenza precoce, che si possono così compendiare:

1.° Molti casi della sedicente paranoia alcoolica debbono essere riferiti alla demenza paranoide.

2.° Dal quadro nosografico che porta il nome di *degeneratio psychica potatorum* o « demenza alcoolica » debbono essere sottratti i casi con sintomi ebefrenici e catatonici, riferentesi alla demenza precoce.

3.° La demenza alcoolica (rispettivamente la degenerazione psichica degli alcoolisti), liberata dei casi costituiti essenzialmente di sintomi di demenza precoce, sarà una nozione più giusta, più esatta e più nettamente circoscritta.

Dott. R. Ciauri. — *Il senilismo e i dismorfismi sessuali.*

Questo libro del capitano medico dott. Ciauri è uno studio clinico accurato e minuzioso di quell'importante varietà di dismorfismo sessuale già studiato dal Rummo e Ferranini sotto il nome di *geroderma genito-distrofico*, e alla quale egli dà la denominazione di senilismo. Fa precedere innanzi tutto la esposizione di due importanti casi clinici di osservazione personale, che rappresentano due esemplari di senilismo puro, per venire poi a discutere e ad esporre minutamente la sintomatologia, la evoluzione, e le varie forme cliniche di questa forma morbosa distinte in due gruppi:

a) Forme regolari o geroderma genito distrofico puro.

b) Forme anormali, irregolari e fruste comprendenti il senilismo pseudo-acromegalico, il senilismo pseudo-mixedematoso, il senilismo con infantilismo, il senilismo con femminismo, il geroderma genito-distrofico nella donna.

Di speciale interesse è la parte riguardante la patogenesi. L'osservazione clinica, i fenomeni rilevabili nella costruzione umana, e quelli non meno interessanti della castrazione sperimentale negli animali e delle ricerche sperimentali su altre ghiandole a secrezione interna, dimostrano che il geroderma genito-distrofico è una anomalia morfologica e sessuale nella quale è evidente il rapporto con le profonde alterazioni delle ghiandole genitali.

Come conclusione del suo lavoro l'A., dal punto di vista patogenico, definisce il geroderma genito-distrofico come una « ano-

malia morfologica che è effetto di lesioni probabilmente infiammatorie, fetali od estra-uterine prepuberali, delle ghiandole genitali; essa, analogamente a quanto avviene nella castrazione umana prepuberale, risponde ad una deficienza di secrezione interna, ad un vero e proprio iperchitismo o disorchitismo primitivo e risulta clinicamente in rapporto diretto con questa deficienza funzionale; sembra probabile che parecchi sintomi della sindrome gerodermica risultino dalla partecipazione della tiroide, dell' ipofisi e forse ancora delle capsule surrenali con deviazione delle loro funzioni secretive, attualmente non precisabile in quantità e qualità ».

Uno speciale capitolo l'A. dedica allo studio della importante questione concernente la sistematizzazione clinica e patogenica di certe anomalie, patogeneticamente e clinicamente affini al senilismo; ed esse sono: l'infantilismo mixedematoso o distiroideo; l'infantilismo del tipo horain; infantilismo con gigantismo di Capitan Brissaud-Meige; gigantismo acromegalico; gigantismo precoce con pubertà precoce; femminismo, virilismo, infantilismo reversivo dell'adulto.

P. Balestra.

Ziveri A. (Macerata, Manicomio). — *Su d'un caso annoverabile nella così detta « malattia di Alzheimer ».*

Alzheimer nel 1906 descrisse una speciale forma di demenza senile caratterizzata da fenomeni di demenza senile grave accompagnata da sintomi a focolaio senza che vi sia alcun focolaio riscontrabile anatomicamente. All' esame istologico si riscontrano abbondanti le « piastre di Redlich-Fischer » e una particolare alterazione delle fibrille nervose caratterizzata da agglutinamento di esse e dalla loro disposizione a fascio, a cesto, a mezzaluna, ecc.

La letteratura per ora ne ha raccolto soltanto una diecina di casi circa; ma probabilmente tale forma è più frequente di quanto si creda e la sua scarsa conoscenza dipende dal fatto che deve andar confusa facilmente con altre e che in molti casi non è praticato l'esame istologico.

L' A. descrive un fatto che ha presentato tutte le caratteristiche cliniche e istologiche della malattia in discorso, e poichè si verificò su un soggetto che di poco aveva varcato la sessantina (i 60 anni sono il limite più alto di età della malattia di Alzheimer) ritiene annoverarlo senz'altro in essa.

Numerosissime erano le placche in tutta la corteccia cerebrale, non nel midollo nè nei gangli basali. L'alterazione fibrillare delle cellule nervose assai manifesta nel lobo frontale e del corno d'ammone fino a raggiungere il quinto e sesto degli elementi nervosi colpiti in rapporto ai sani.

Nessuna lesione a focolaio. Le altre lesioni istologiche furono quelle comunemente riscontrate nelle demenze senili. Si notò pure un certo grado di alteriosclerosi nei vasi cerebrali.

Auto-riassunto.

Rubino A. (Napoli). — *La sindrome epilettica nel periodo secondario della sifilide.*

L' A. ammette e considera come risoluta la questione che la sifilide nel periodo terziario possa dar luogo a manifestazioni epilettiche riporta alcuni casi di sua osservazione che gli danno occasione di discutere ampiamente la questione dell' esistenza di un' epilessia sifilitica e sua genesi.

Le conclusioni, brevemente riassunte, a cui viene, sono le seguenti:

1° L' epilessia può svolgersi nel periodo secondario della sifilide e deve allora considerarsi come neurosi epilettiforme tossi infettiva, data cioè dalle tossine specifiche della sifilide con o senza lesione (e nel caso leggere e fugaci) della zona cortico - motrice.

2° Per la sua genesi non occorre una particolare disposizione, ma se questa esiste naturalmente ne favorisce l'insorgenza.

3° L' epilessia sifilitica secondaria che dilegua facilmente sotto un' appropriata cura: se persiste o si tratta di un' individuo

originariamente epilettico o di una varietà di neurosi parasifilitica la cui origine è ancora oscura.

4° Si deve pensare ad una possibile origine sifilitica in tutti quei casi che si manifestano per la prima volta dopo i venti anni, senza precedenti neuropatici familiari, anche se la sifilide viene negata.

5° La cura mercuriale ad ogni modo deve sempre essere tentata a scopo di diagnosi.

Auto - riassunto.

Pattavina B. (Palermo). — *Contributo allo studio dei sintomi oculari nella paralisi generale progressiva degli alienati.*

In 42 casi esaminò i fenomeni oculari presentati consistenti in alterazioni della muscolatura estrinseca ed intrinseca dell'occhio e in alterazioni trofiche e funzionali del nervo ottico.

Dalle ricerche praticate viene confermato non solo l' importanza che dal punto di vista diagnostico hanno specialmente le alterazioni dei riflessi pupillari, ma anche come meriti di essere tenuto in considerazione l'aspetto delle papille dei nervi ottici, sebbene non si siano notate delle immagini speciali e caratteristiche della sola paralisi progressiva.

Marimò.

Clere. — *Un caso di gigantismo eunocoide.* — « Società Medica degli Ospedali di Parigi », seduta del 14 marzo 1913.

È un caso di un uomo sessantanovenne che nell'infanzia aveva presentato atrofia genitale con criptorchidismo doppio. All' età di 21 anni era alto m. 1.75; a 26 anni crebbe fino a m. 1.88, aveva viso lunare, voce femminea, la cute sprovvista di peli, solo i capelli erano abbondanti. Presentava adiposi del seno e del ventre che cadeva a bisaccia: gli arti inferiori lunghi m. 1.10. Sebbene le mani e i piedi erano più grossi del normale non v'era acromegalia. L'esame radiologico mostra che non esiste alcuna alterazione

della sella turcica e che l' ossificazione epifisaria è normale. Insomma trattasi di un caso di gigantismo eunucoide sebbene non v'ha una completa atrofia genitale: l'individuo infatti è ammogliato e malgrado le minuscole dimensioni dell' asta, conserva l'appetito sessuale.

Henry Heurot. — *De la resposabilité du Gouvernement dans l' accroissement de la criminalité juvènile.* — « Revue Scientìfique », 11 novembre 1911.

I rimedi che propone consistono:

1.° Nell' arresto dei ragazzi soggetti all' istruzione pubblica che vengono trovati nelle pubbliche vie durante le ore in cui dovrebbero frequentare le scuole;

2.° Il prolungamento del periodo scolare colla sufficiente riduzione del periodo delle vacanze;

3.° La sottrazione delle immagini immorali dalla pubblica vista;

4.° L' obbligo agli armaiuoli di non vendere armi ai minorenni e di segnare in apposito registro il nome di ogni acquistatore;

5.° L' obbligo dell' insegnamento di una professione.

FISIOPATOLOGIA SPERIMENTALE

G. Ascoli e T. Legnani. — *L'ipofisi è organo indispensabile alla vita?.* — « Bollettino della Società Medico - Chirurgica », n. 4, 1912.

Gli AA. hanno fatto delle esperienze togliendo l'ipofisi a degli animali, ed hanno osservato che alcuni, malgrado la rimanenza di piccole parti della ghiandola, morivano, altri sopravvivevano. Dopo lunga discussione, corredata da teorie ed esperienze di altri autori, vengono ad esporre il loro convincimento personale essere l'ipofisi indispensabile alla vita.

Traggono, riepilogando, le seguenti conclusioni:

1° La sopravvivenza in seguito ad estirpazione dell'ipofisi non ha luogo, se non permanga qualche frammento ghiandolare. La prova è mancata in una sola tra centinaia di esperienze.

2° La morte per ipofisectomia non si deve al trauma operativo.

3° L'esito letale ha luogo in seguito all'ablasione della ghiandola od a suo grave trauma, od a sua necrosi per lesione dei vasi del peduncolo.

4° In permanenza di frammenti attivi della pituitaria la sola lesione del peduncolo non è letale.

5° La morte per ipofisectomia non è necessariamente immediata, ma ammette un intervallo di latenza degli effetti sperimentali.

O. Pini — *Ricerche sul potere ossidativo nei dementi precoci.* — « Il Manicomio », n. 1, 1913.

L' A. riprendendo le esperienze di *D' Ormea* e *Maggiotto,* ripetute dal *Pighini,* sul ricambio materiale dei dementi precoci, compie ricerche analoghe, valendosi del fenolo, come quella sostanza di cui abbiamo esatte conoscenze sulle sue trasformazioni nell' organismo.

Illustra con tavole i risultati delle sue prove e dalla osservazione delle tavole, deduce innanzi tutto che i poteri ossidativi organici sono soggetti a variazioni notevoli da individuo ad individuo, soprattutto negli individui sani.

Fatta questa prima costatazione ed espostene le cause, fa una seconda deduzione, e cioè le oscillazioni giornaliere di ossidazione negli individui ammalati sono generalmente di qualche cosa inferiori a quelle dei normali.

Dal complesso degli esperimenti fatti l' A. verrebbe a confermare quanto avrebbe stabilito il *D' Ormea* e in seguito il *Baccelli,* cioè che nei dementi precoci il valore delle ossidazioni organiche è diminuito.

Viene infatti alla conclusione che nei dementi precoci la potenza ossidatrice dei tessuti dell' organismo è lievemente ridotta di fronte ai normali.

D. Valtorta — *Intossicazione pellagrosa ed ipersensibilità degli estratti acquosi di mais sano* (V Congresso pellagrologico italiano). — « Il Manicomio », n. 1, 1913.

L' interessante questione fra alimentazione maidica e pellagra, studiata diffusamente in questi ultimi tempi coi metodi soprattutto sierologici, ha messo in evidenza una serie di singolari fenomeni anafilattici ed in genere di ipersensibilità.

Il *Volpino* clinicamente ha trovato che l' iniezione sottocutanea

di una piccola quantità di estratto acquoso di mais guasto nei pellagrosi suscita disturbi locali e generali diversi e talora intensi; mentre l' iniezione di estratto acquoso di mais sano non provocherebbe disturbi, neppure in pellagrosi conclamati.

Cesa, Bianchi e *Vallardi* avrebbero avuto la stessa reazione sia con estratto acquoso di mais guasto, sia sano.

L' A. ha eseguito anch' egli delle esperienze su cinque non pellagrosi e sette pellagrosi con estratto acquoso di mais sano ed ha avuto questi risultati:

A) Reazione lievissima, dubbia, in due individui non mangiatori di mais, in buone condizioni di salute fisica, reazione positiva con cefalea ed ipertermia in un caso, negativa negli altri.

B) Tutti i pellagrosi esaminati hanno dato reazione positiva, in tutti v'ha ipertermia: in cinque si osservano fenomeni d'indole generale che nell' ultimo caso assumono una vivezza degna di considerazione.

Da questi esperimenti confermano le prove di *Cesa Bianchi* e *Vallardi,* si distaccano dalle vedute del *Volpino.*

N. Ramella, G. Zuccari. — *Ricerche sul potere opsonico del siero di sangue e sulla resistenza dai leucociti in alcune malattie mentali.*

Le differenti vedute dei diversi scienziati sull' argomento, e la scarsità di prove sulla resistenza leucocitaria nei malati di mente hanno spinto gli A A. a compiere delle esperienze su 39 alienati del Manicomio di Udine.

Esposta dettagliatamente la tecnica da loro seguita e le tavole con i vari risultati, traggono le seguenti conclusioni:

1° L' indice opsonico è più elevato negli epilettici, nei quali quasi costantemente è al disopra dell' unità, o molto vicino ad essa in quei pochi casi in cui è al disotto: tale indice è alquanto più elevato per lo stafilococco piogene, ha valori quasi uguali per lo streptococco e il bacterium coli, per quanto non si possano sta-

bilire dati di assoluta costanza. Nei dementi precoci e nei pellagrosi l' indice opsonico per i tre germi studiati è quasi sempre al di sotto dell' unità e si hanno in genere valori più elevati per lo staffilococco e per il bacterium coli.

2° L' indice opsonico negli epilettici non offre variazioni costantemente valutabili a seconda che la determinazione dell' indice stesso sia stata compiuta in vicinanza dell' accesso convulsivo (prima o dopo di esso) o nei periodi di remissione. L'aver costatato che tale indice è in genere più elevato negli epilettici, mentre da un lato concorda coi risultati dì altri autori, viene d'altro canto in appoggio, all' opinione sostenuta da molti che nell' organismo di questi ammalati esistano poteri di resistenza che ne spiegano la particolare disvulnerabilità.

3° La resistenza dei leucociti (sia polinucleati che mononucleati), determinata contemporaneamente all' indice opsonico, segue in genere nei suoi valori le variazioni di questo indice : è quindi in genere più elevata negli epilettici (senza variazioni notevoli a seconda del momento in cui avvenne il prelevamento del sangue rispetto all' accesso convulsivo), meno elevata nei dementi precoci e nei pellagrosi.

G. Corberi. — *Osservazioni sull'ergogramma simultaneo a lavoro mentale.* « Riv. di Psicologia », settembre-ottobre, 1913.

Dalle osservazioni compiute l'A. trae le seguenti risultanze :

1° L'ergogramma simultaneo a lavoro mentale presenta a seconda degli individui, aumento delle altezze o diminuzione o questi due fatti alternati : tali fatti si ripetono in modo relativamente costante anche a distanza di tempo. La maggioranza dei soggetti sembra interferente.

2° Negli ergogrammi ripetuti a pause di 2 gradi o superiori la stanchezza non fa scomparire il fenomeno.

3° La fase discendente di ogni singola curva è generalmente la meno adatta a far risaltare sia la dinamogenia, sia l'interferenza.

4° Diversi tipi di lavoro mentale agiscono in grado vario, secondo la intensità dei processi psichici che si esigono dai singoli soggetti.

5° Insieme alla dinamogenia ed all'interferenza si verifica qualche volta un affrettamento del ritmo in soggetti che inizialmente tendono al ritmo affrettato: raramente si presenta rallentamento in rapporto o a tendenze individuali (che possono essere determinate da condizioni transitorie) o da alterazioni nel meccanismo della contrazione e del rilasciamento muscolare. Queste ultime sembrano aver tendenza a scomparire coll'esercizio.

6° L'interferenza è probabilmente dipendente dalla deviazione dell'attenzione dal lavoro ergografico.

7° La dinamogenia potrebbe dipendere da un particolare modo d'influenzamento fra due territori cerebrali contemporaneamente in attività.

8° L'alternanza nelle forme più varie, dipende probabilmente dal prevalere a più o meno grandi intervalli dell'uno o dell'altro processo.

9° Dosi di 40 o 50 grammi di alcool, già dopo 20 gradi dall'assunsione deprimono la dinamogenia e aggravano l'interferenza. Tali fatti sono stati più evidenti nelle donne esaminate: in uno degli uomini non si osservò nessuna modificazione.

Klippel, Weil e Levy. — *Reazione di attivazione del veleno di cobra nelle malattie mentali.* — « Annales medico-psycologiques », n. 4, 1913.

Dato che la reazione di attivazione del veleno di cobra può permettere di riconoscere se nel liquido in esame si trova della lecitina, gli AA. hanno voluto ricercare tale reazione nel liquido cefalo rachidiano e nel sangue di individui affetti da malattie mentali.

Essi hanno dimostrato che il siero di malati di mente presenta quasi sempre il potere di attivare il veleno di cobra, a meno che

non si lasci trascorrere troppo tempo tra la raccolta del sangue e il momento dell'esame, o quando l'ammalato è affetto da una psicosi a forma depressiva, oppure quando la malattia è nei paralitici generali o nei dementi precoci giunta ad uno stadio molto avanzato.

La reazione più intensamente positiva si è avuta nei dementi precoci, nella proporzione del 95 °/₀ dei casi.

Gli AA. non esitano perciò ad attribuire a questa reazione un valore diagnostico nei casi incerti tra demenza precoce e sindrome depressiva.

Ad ogni modo anche dal punto di vista fisiopatologico lo studio del potere attirante del siero nelle malattie mentali è interessante, poichè ci viene a dimostrare la ricchezza in grassi fosforati la di cui origine è evidentemente da riferirsi alla disintegrazione del sistema nervoso.

M. Ferrari. — *Sulle alterazioni del sistema nervoso centrale delle cavie nelle intossicazioni acuta e cronica per vari alcools.* — « Annali dell'Istituto Maragliano, », vol. 4, fasc. decembre 1912.

L'A. ha intossicato delle cavie acutamente e cronicamente con alcool metilico, etilico, amilico. La introduzione del tossico fu fatta per via orale e sottocutanea. Dagli esperimenti risultano dati interessanti riguardanti alterazioni del sistema nervoso differenti soltanto per la intensità dei fenomeni.

L'alcool amilico è quello che produce alterazioni più gravi; e queste alterazioni del sistema nervoso centrale stanno in rapporto con la durata e con l'intensità dell'intossicazione: all'esame istologico si notava che le alterazioni erano assai più manifeste dopo un certo tempo che il tossico aveva agito nei tessuti, non nei primi periodi.

Lesioni furono riscontrate nelle cellule, nei vasi, nelle meningi, nella nevroglia.

Le cellule conservano la loro forma ed aspetto nella intossi-

cazione cronica da alcool etilico e metilico, non ugualmente succede per l'amilica, nella quale si riscontrano anche versamenti emorragici, scomparse di cellule nervose, vacuolizzazione, fenomeni vari d' istolisi, infiltrazione parvicellulare, talvolta neoformazione di vasi sanguìgni, multiplicità di fibre, di cellule di nevroglia ed ispessimenti meningei.

Cerletti. — *Ueber verschiedene Encephalitis und Myelitisformen bei au Staupe erkrankten Hunden.* — « Zeitschr. f. die. ges. Neurol, u. Psychiatr. », Bd. 9, S, 520.

L'A. fa un paragone tra alcune forme morbose dei cani e la paralisi progressiva dell'uomo, ed ha fatto ricerche sul sistema nervoso di quelli affetti da morva.

Nei primi periodi febbrili della malattia si trovano alterazioni degenerative acute a focolaio, diffuse : e queste consistono in infiltrazioni di linfociti e plasmacellule della pia e degli spazi linfatici avventiziali del tessuto nervoso, proliferazione delle cellule delle pareti vasali, iperplasia delle cellule gliali con formazioni di chiazze gliali.

Molte volte dopo una guarigione apparente possono svilupparsi formazioni produttive ed infiltrative croniche ; qualche volta possono aversi tipi somiglianti alla paralisi progressiva. Altre volte residuano focolai in cui il tessuto nervoso specifico è andato distrutto.

Alterazioni simili si trovano nei cani epilettici, specialmente nella corteccia.

A. Rezza. — *Effetto della somministrazione di alcool sulla Reazione di Wassermann.* — « Riv. Ital. di Neur., Psich., Elettro. », vol. VI, fasc. 10, 1913.

L'A. dalle esperienze fatte ha ottenuto risultati che lo portano a concludere che la somministrazione di alcool nella qualità usata da altri ricercatori come atta a modificare l'andamento della Rea-

zione di Wassermann, non influisce per niente sulla reazione della fissazione del complemento della sifilide, complicata o meno con manifestazioni del sistema nervoso.

Reazione diagnostica delle paralisi progressive.

Il dott. Maruyama pubblica dalla Clinica psichiatrica di Tokio, diretta dal prof. Kure « Wien. Klin. Woch. », 1913, n. 30 una comunicazione preventiva su una reazione ottenuta con il liquido spinale di paralitici. La reazione sembra dovuta a fenomeni di anafilassi.

Si iniettano da un coniglio 0.02 cmc. di siero di sangue umano sotto cute. Dopo un intervallo di tempo di 2-3 settimane si inietta per via endovenosa il liquido spinale dell'individuo sospetto di paralisi progressiva, nel rapporto di 1.5-2.0 cmc. per 100 gr. di peso dell'animale. Se si tratta di un paralitico, l'animale muore in un paio di minuti, mentre con il liquido di ammalati di altre psicosi non si ottiene reazione o soltanto più leggera e transitoria, cioè senza esito letale.

All'autopsia dell'animale si trovano i segni della morte da anafilassi: polmoni fortemente dilatati, sangue liquido e cuore che lavora ancora 20 minuti dopo la morte.

Ancora non fu saggiato il risultato della reazione nella sifilide cerebrale, nella tabe, nelle varie forme di meningite, cioè nelle affezioni che, come la paralisi progressiva, determinano un aumento della quantità d'albumina del liquido cerebrospinale.

Le funzioni della glandola pineale. — « Dana e W. Berkeley. Medical Record », 10 maggio 1913.

Ancora oggi la glandola pineale è una delle parti del cervello le cui funzioni sono poco conosciute.

L'ablazione della glandola dunque non ha dato finora gl'inse-

gnamenti sperati. Invece l'ingestione di estratti sia negli animali che nell'uomo sembra abbia fornito risultati incoraggianti a Dana e Berkeley.

Questi autori hanno dapprima studiato in due fanciulli da 4 ad 8 anni l'influenza dell'ingestione di estratto pineale sull'eliminazione di azoto.

Questa determinazione è stata fatta per un periodo di tre settimane; nel corso della seconda i fanciulli hanno preso, oltre la loro alimentazione ordinaria, tre capsule d'estratto pineale.

Nella fanciulla di 8 anni si è avuto un lieve aumento di peso, e nel fanciullo di 4 anni un forte aumento della eliminazione dell'azoto durante la seconda settimana. Il fatto è notevole; ma l'esperienze sono troppo poco numerose da poter permettere di trarre una conclusione.

Un'altra serie di esperienze è stata fatta sugli animali.

Parecchi piccoli gatti sono stati nutriti con glandola pineale di vitella (una glandola fresca al giorno per ogni animale), mentre altri gatti servivano da controllo. I primi hanno subito superato i secondi nello sviluppo, nell'attività ed intelligenza. Gli stessi fenomeni sono stati osservati in quattro giovani conigli ed in cinque giovani cavie sempre per effetto della ingestione di glandola pineale. Gli stessi risultati hanno dato in cinque giovani cavie le iniezioni intraperitoneali di una soluzione di nucleoproteidi estratti dalla glandola pineale di vitello.

Dunque negli animali giovani la glandola pineale pare eserciti un'influenza stimolante sullo sviluppo fisico.

Le esperienze sull'uomo sono state fatte da Berkeley, poi da Cornell e Goddard in fanciulli in stato d'arresto di sviluppo, di tipo e grado diversi. A 42 fanciulli è stata somministrata ogni giorno per più mesi una capsula di glandola pineale di bue giovane (40 capsule contengono 12 glandole). Dai risultati delle sue 21 osservazioni, Berkeley conclude che in certi casi di ritardo sullo sviluppo fisico ed intellettuale, la glandola pineale può essere un medicamento molto utile.

Berkeley tende ad ammettere nell'età infantile la possibilità

di una deficienza mentale specifica che si può qualificare col nome ipopinealismo, e riferisce un caso dimostrativo in favore di questa opinione.

Cornell e Goddard hanno fatto altre esperienze durante quattro mesi in 21 fanciulli; altri fanciulli venivano tenuti nelle stesse condizioni come controlli, ma senza prendere il tessuto di ghiandola pineale. Nella valutazione dei risultati ottenuti, gli autori distinguono lo stato intellettuale dal fisico.

Dal punto di vista intellettuale, 7 fanciulli non hanno guadagnato nulla dalla cura, 14 sono migliorati. Secondo la prova di Binet, il guadagno medio è stato di 3.35 punti.

Dei 14 controlli, 5 non hanno migliorato affatto, 9 hanno guadagnato in media 2.11 punti. I risultati sono pure favorevoli alla cura di glandola pineale.

Dal punto di vista fisico, i risultati furono perfettamente inversi: il guadagno medio in peso, forza muscolare, capacità polmonare ed altezza fu sensibilmente maggiore nei controlli.

Vi ha dunque contrasto netto fra l'influenza sullo sviluppo intellettuale e l'influenza sullo sviluppo fisico. Ed emette l' ipotesi che la secrezione della glandola pineale agisce come un fermento che facilita gli scambi nutritivi nelle cellule cerebrali.

Queste ipotesi sono premature; prima di interpretare i risultati ottenuti, bisognerebbe controllarli con altre e più numerose esperienze. I risultati di Cornell e Goddard nei fanciulli sono in contraddizione con quelli ottenuti da Berkley nei giovani animali. Si può dire soltanto che le esperienze fatte finora incoraggiano a nuove ricerche per la soluzione di un problema interessante.

P. S.

ANATOMIA PATOLOGICA

O. Pini. — *Sulle alterazioni istologiche del tessuto osseo nell'emiplegia cerebrale infantile.* « Giornale di psichiatria e tecnica manicomiale ». Anno XL, fasc. III e IV.

L'A. mettendo in rapporto le alterazioni che possono seguire nel tessuto osseo per le connessioni di questo con il sistema nervoso periferico e centrale, espone un caso di una donna epilettica fino dall'infanzia con manifesto e notevole grado di frenastenia.

Per l'esame istologico delle ossa ipotrofiche tolse l'ulna, il radio, l'omero e alcune ossa della mano dal lato paralizzato e dal lato sano.

Dagli esami eseguiti è venuto alle seguenti conclusioni:

1° Nelle paralisi cerebroplegiche d'origine fetale, o che datano dai primi periodi dell'infanzia le ossa dell'arto emiplegico sono diminuite in lunghezza e ridotte di spessore.

2° Tali fatti sono dovuti ad una riduzione in massa degli elementi costituenti il tessuto osseo e prevalentemente delle lamelle del sistema fondamentale intermediario.

3° Il numero dei canali di Havers appare aumentato nelle ossa dell'arto colpito, probabilmente per riduzione del tessuto lamellare interstiziale: in generale il calibro di essi è più piccolo dal lato emiplegico, ed i sistemi di Havers, analogamente a quanto si verifica nelle paralisi spinali infantili, hanno dal lato paralitico un diametro minore che dal lato sano: tale differenza è molto più cospicua confrontando con ossa omologhe di individui normali.

Il lavoro è completato da tavole dimostrative.

O. Pini. — *Sulle alterazioni istologiche del tessuto osseo nell'emiplegia cerebrale infantile.* « Giornale di psichiatria e tecnica manicomiale ». Anno XL, fasc. III e IV.

L'A. mettendo in rapporto le alterazioni che possono seguire nel tessuto osseo per le connessioni di questo con il sistema nervoso periferico e centrale, espone un caso di una donna epilettica fino dall'infanzia con manifesto e notevole grado di frenastenia.

Per l'esame istologico delle ossa ipotrofiche tolse l'ulna, il radio, l'omero e alcune ossa della mano dal lato paralizzato e dal lato sano.

Dagli esami eseguiti è venuto alle seguenti conclusioni:

1° Nelle paralisi cerebroplegiche d'origine fetale, o che datano dai primi periodi dell'infanzia le ossa dell'arto emiplegico sono diminuite in lunghezza e ridotte di spessore.

2° Tali fatti sono dovuti ad una riduzione in massa degli elementi costituenti il tessuto osseo e prevalentemente delle lamelle del sistema fondamentale intermediario.

3° Il numero dei canali di Havers appare aumentato nelle ossa dell'arto colpito, probabilmente per riduzione del tessuto lamellare interstiziale: in generale il calibro di essi è più piccolo dal lato emiplegico, ed i sistemi di Havers, analogamente a quanto si verifica nelle paralisi spinali infantili, hanno dal lato paralitico un diametro minore che dal lato sano: tale differenza è molto più cospicua confrontando con ossa omologhe di individui normali.

Il lavoro è completato da tavole dimostrative.

R. L. Lafora. — *Contribution à la histopatologie de la paralysie agitante.* – « Trab. d. Lab. d. Invest. Biol. », T. XI, fasc. 1°, 1913.

Malgrado le diverse opinioni sull'anatomia patologica della paralisi agitante possiamo dire che tutt'ora questa è incerta. Recentemente il Lewy ha rinvenuto in questo morbo e propriamente nel nucleo dorsale del *vago,* in quello della *sostanza innominata,* nel nucleo talamico laterale, specialmente nel *para ventricolare,* delle alterazioni interessanti. Il Lafora ha studiato un caso di morbo di Parkinson ed ha riscontrato alterazioni nel nucleo del vago, del facciale, dell'oculo motore comune; non ha riscontrato però lesioni del talamo nel corpo lenticolare, nel nucleo rosso, nella corteccia cerebrale e cerebellare. L'autore emette a questo riguardo un'opinione che si discosta da quella di *Lewy:* crede che nel caso di depositi intracellulari le formazioni allargate e serpiginose siano di sostanza molto somigliante ai corpi amilacei intracellulari, ed esclude che abbiano composizione istochimica identica ai corpi intracellulari sopradetti, dai quali differirebbero anche per la genesi. La sostanza invece che le formerebbe presenta tutte le caratteristiche istochimiche della sostanza *ialina* ed è eosinofila ed acidofila e non dà nessuna delle reazioni della sostanza amilacea.

Paul Schider. — *Ueber Störungen der Geschmacksempfindung bei Lësionen der inneren Kapsel und des Thalamus opticus.* « Deut. Zeitschrift für Nervenheilkunde », N. 6 B. 49.

L'A. in seguito a osservazioni personali e alle conclusioni dell'Achard, del Roussy, del Hascovec e del Schauffarberg trae i seguenti risultati:

1° Non si può con sicurezza distinguere se le vie del gusto si trovino nella capsula interna o nel talamo ottico.

2° I disturbi del gusto possono essere passeggeri.

3° In un gran numero di casi tali disturbi sono duraturi.

4° Nella maggior parte di questi casi, con disturbi duraturi, l'odorato, come pure l'udito, non furono colpiti affatto od appena.

5° In ambedue i casi studiati dall'autore vi era una relativa emianopia.

6° Tutta la metà della lingua fu colpita.

7° I disturbi possono essere completi o può trattarsi solamente di ipogeusia.

8° Sembra che vi possa essere nelle lesioni del talamo ottico una iperestesia del gusto.

A. Rezza. — *Contributo all'anatomia patologica delle psicosi pellagrose.* — « Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie », XII, 1912.

L'A. dopo avere esposto le anamnesi e i resultati istologici di tre casi di psicosi pellagrosa, discute sulla anatomia patologica di questa forma e viene a queste conclusioni:

Nella psicosi pellagrosa si riscontrano le seguenti lesioni istopatologiche caratteristiche della corteccia cerebrale e del midollo:

1° La pia madre partecipa al processo con alterezioni di carattere progressivo e regressivo.

2° L'apparato vasale non presenta traccie di arteriosclerosi, bensì nelle pareti dei vasi si riscontrano spiccate alterazioni degenerative e sostanze grasse.

3° Le cellulé gangliari sono quelle che mostrano le alterazioni più gravi, le quali però non sono le stesse in tutti gli strati della corteccia e in tutti i sistemi cellulari del midollo. Le grandi cellule piramidali, le cellule di Betz e quelle delle corna anteriori del midollo presentano la trasformazione del protoplasma in una sostanza che ha aspetto e comportamento caratteristico.

4° La nevroglia presenta alterazioni progressive e regressive, simili a quelle dimostrate da Alzheimer nelle malattie acute gravi del sistema nervoso centrale.

5° Nella sostanza bianca del midollo mancano alterazioni degenerative sistematiche.

6° Vere alterazioni infiammatorie mancano del tutto; il quadro istopatologico si deve quindi far rientrare nel complesso ectodermico di Schröder.

G. D'Abundo. — *Sulla probabile funzione del nucleo lenticolare.* — « Riv. Ital. di Neur., Psich.. Elettr. », vol. VI, fasc. 10, 1913.

L'A. ha studiato clinicamente ed anatomicamente un caso di emiplegia spastica infatile in una donna di 75 anni, morta per polmonite. Ha trovato lesioni a carico del nucleo caudato, del nucleo lenticolare, del putamen, della capsula interna, del talamo ottico dal lato destro. Mettendo in rapporto i sintomi clinici con i reperti istologici, coadiuvato pure da dati sperimentali, egli ritiene che i tre grossi nuclei basilari non abbiano poteri funzionali, ma sieno centri interni di associazione intermediaria.

L'A. chiarisce in tal modo il suo concetto :

« Io non credo che sia un privilegio esclusivo della corteccia cerebrale di presentare in determinate aree localizzate la funzione elaboratrice dei processi di associazione, ma che vi debbano ancora essere stazioni intermediarie, di ordine gerarchico minore, e che io ritengo precisamente rappresentate dai grossi nuclei basilari.

Tale concetto acquista una maggiore probabilità considerando la evoluzione dei talami ottici e dei corpi striati nella scala zoologica, e la grande importanza che essi ancora assumono per struttura e per connessione in quei vertebrati in cui cominciano a delinearsi gli emisferi cerebrali primitivi, come l'*Acanthias vulgaris*.

Quindi se dal punto di vista funzionale evolutivo il talamo ottico ed i corpi striati rappresentano in determinate categorie di animali la parte gerarchica più eminente nell'organizzazione nervosa, è logico ammettere, che anche quando il cervello ha preso il suo

massimo sviluppo i gangli basilari se gerarchicamente divennero subordinati alla corteccia cerebrale, non potrebbero perdere la loro qualifica funzionale ».

Khorochko. — *Sulla questione dei lobi frontali.* — « Questions de philosophie et de psycol. », n. 2, 1913.

L'A. rileva che le indagini teralologiche riguardanti i microcefali, i mostri, gli idioti, al pari di quelle dei geni non ci hanno finora dato gli elementi essenziali su tale questione. Le esperienze sugli animali parlano in favore della relazione esistente tra lobi frontali e sfera psichica. I dati clinici non sono ancora molto consenzienti fra loro : sebbene sia facile riscontrare dei disturbi mentali nelle alterazioni dei lobi frontali pur tuttavia per il momento non è possibile istituire alcuna legge. Tutto ciò che è finora noto non permette di trarre una conclusione definitiva della vita psichica, sembra solo accertato che i lobi frontali sono intimamente legati alle funzioni di appercezione.

M. S. Margulis. — *Sulla gliomatosi ependimale dei ventricoli cerebrali.* — « Obozzenie Psichiatrii, Nevrologhii i experimentalnoj Psichologhii », n. 1, 2, 1912.

L'A. ha studiato 7 casi, ed il lavoro è corredato di svariate microfotografie.

Nella colorazione dei preparati l'A. ha usato ; metodi di Nissl, Gieson, Weigert-Pal, Stölzener, Fischer e Möller.

Dai risultati ottenuti viene alle conclusioni seguenti :

1° Il quadro anatomico della gliomatosi ependimale consiste nell'iperplasia dello strato ependimale dei ventricoli e nella formazione di focolai di proliferazione gliomatosa di varia data entro le pareti dei ventricoli, specialmente laterali, cioè nella regione dei nuclei caudati.

2° La gliosi contemporanea fu constatata nei casi in esame pure nella corteccia cerebrale e nella sostanza subcorticale.

3° La gliosi ependimale può essere riscontrata nel corso di vari processi proliferativi della glia cerebrale.

4° Essa non è infatti che una localizzazione particolare del processo proliferativo generale.

5° Le pareti vasali generalmente non presentano alcuna alterazione infiammatoria nei focolai gliomatosi dell'ependima.

6° La gliomatosi ependimale è analoga alla sclerosi corticale di Chaslin.

7° Il polimorfismo del quadro clinico nei casi descritti dipende dall' azione del processo gliomatoso generale sulla massa encefalica con delle localizzazioni speciali in differenti punti di essa.

8° Nei casi studiati il quadro clinico non fu affatto specifico per la gliomatosi ependimale, palesandosi con vari fatti depressivi ed eccitativi d' indole piuttosto epilettoide, uniti talvolta a sintomi d'idrocefalo interno e di meningite cronica concomitanti.

9° Il processo della gliomatosi ependimale non può simulare un teratoma, essendo sempre produttivo, come risulta dall'esistenza di focolai proliferativi di varia data.

10° È una gliosi primaria.

11° La genesi della gliomatosi ependimale è riferibile alle stesse cause della gliosi generale, cioè a diversi fattori infettivi e tossici, atti a determinare contemporaneamente la gliosi generale e la formazione di focolai gliomatosi nelle pareti dei ventricoli cerebrali.

G. Pandolfi. — *La nevroglia nelle intossicazioni.* — « Annali di nevrologia », anno XXXI, fasc. IV.

L'A., in questo lavoro espone i risultati ottenuti in una serie di esperienze nelle quali ha avvelenato cani giovani con sali di piombo dividendo questo lavoro in tre serie di esperimenti: avvelenamento acuto, avvelenamento lento e lentissimo.

Dalla esposizione dei risultati delle sue ricerche viene quindi alle seguenti conclusioni:

1° Il reticolo fibrillare patologico appare quale risultato o del reticolo già esistente modificato nella sua costituzione istochimica, per cui facilmente reagisce alle sostanze coloranti, e di fibrille neoformate sotto lo stimolo patologico. Crede anch'egli che il reticolo fibrillare sia di natura chimica differente dal protoplasma, pur sviluppandosi in seno al medesimo, però secondo lui questa trasformazione è in dipendenza dell'attività nucleare delle cellule nevrogliche, per cui lo stretto rapporto tra le modificazioni del nucleo e lo sviluppo del reticolo, come ha descritto.

2° Circa i mutui rapporti tra elementi nervosi e nevroglici dal punto di vista patologico, ha potuto constatare la presenza dì questi ultimi nell'interno delle cellule nervose, contenuti per lo più in vacuoli e in numero tale da sostituirsi talvolta al parenchima della cellula nervosa, e tali rapporti intimi tra nevroglia ed elemento nervoso acquistano sviluppo molto più considerevole a secondo della gravità del processo patologico.

3° Esiste stretta relazione tra la nevroglia proliferata ed i vasi, ed è appunto in vicinanza di essi uno dei punti dove la nevroglia assume sviluppo maggiore e più precoce, ed a siffatta neoproduzione nevroglica pigliano parte elementi provenienti dai vasi.

Le sue ricerche confermano l'opinione sostenuta dal Golgi circa le connessioni dirette tra l'elemento nevroglico e la parete vasale per mezzo dei così detti *piedi d'impianto,* di natura protoplasmatica, in mezzo ai quali decorrono sottili fibrille nevrogliche, che si terminano sulla parete del vaso e talvolta decorrono lungo la medesima o la circondano.

4° È anch'egli dell'opinione di coloro che sostengono una genesi anche mesenchimale della nevroglia patologica, pur riconoscendo che non si possono addurre che argomenti probativi e non incontrovertibili, e però non si può affermare l'assoluta provenienza mesenchimale.

5° Gli elementi nevroglici vanno soggetti essi medesimi ad alterazioni e del costituente protoplasmatico, e di quello fibrillare

e del nucleo. Queste alterazioni si possono dividere in *progressive*, *regressive*, e *progressivo-regressive*. Le alterazioni *progressive* pur prevalendo nei diversi stati di intossicazione, si arrestano quasi negli animali cronicamente attossicati, nei quali le alterazioni *regressiva* e *progressive-regressive* assumono più notevole sviluppo.

6° Si può ammettere tanto per le cellule *granulo-adipose* quanto per le *cellule a bastoncello* una provenienza anche nevroglica, avendo potuto seguire forme di passaggio, che dimostrano appunto la relazione tra le suddette cellule e gli elementi nevroglici; crede però si tratti di forme nevrogliche degenerative, non escludendo d' altra parte che esistono forme a *bastoncello* in relazione con gli elementi di provenienza vasale.

7° Ritiene le cellule *ameboidi* forme degenerative delle cellule nevrogliche.

8° I costituenti *fibrillare* e *protoplasmatico* nevroglico, vanno incontro a tutta una serie di alterazioni, però l'elemento fibrillare resiste più a lungo di quello protoplasmatico alla degenerazione regressiva.

9° Nell'encefalite saturnina la disposizione delle alterazioni è a preferenza a piccoli focolai, distribuiti nello strato profondo della sostanza grigia, specie nello strato delle piramidali grandi e medie, come altri anche hanno descritto.

Marinesco e Minea. — *Treponema pallido nella paralisi progressiva.* — « Revue Neur. », n. 9, 1913.

Gli AA. su 27 casi di paralitici generali non sono riusciti che una sola volta a riscontrare un gran numero di spiroceti specialmente nel terzo strato della corteccia cerebrale, di rado riuniti in gruppo, più spesso ravvicinati senza essere in intimo rapporto con i vasi e con gli elementi cellulari nervosi e nevroglici. Solo eccezionalmente se ne riscontrano qualcheduno all'interno del protoplasma delle cellule nervose. Non ne hanno trovati mai nella pia madre,

nè nella sostanza bianca, mentre nella sostanza grigia ne contarono fino a 60 per campo.

In seguito a queste costatazioni considerano la paralisi generale progressiva come una sifilosi sotto la dipendenza del treponema pallido.

Gli AA. annunciano, alla fine dell' interessante lavoro che hanno iniettato nei testicoli e nella camera anteriore dell'occhio di conigli una emulsione di corteccia cerebrale di paralitico progressivo e che renderanno presto noti i risultati delle loro esperienze.

E. Forster und E. Tomascenski. — *Dimostrazione di spirocheti viventi nel cervello dei paralitici.* — « Deutsche med. Wochenschr », 39, 1237, 1913.

Gli AA. hanno praticato la puntura cerebrale col metodo Neisser-Pollak nei paralitici *intra vitam* e nei frammenti di materiale così ottenuto constatarono in due casi su quattro la presenza di spirocheti viventi, dotati di movimento.

Gli stessi frammenti furono utilizzati per innesto negli animali e gli autori si sono riservati di riferire sul risultato di tali esperienze.

Togliamo dal « Policlinico » Sez. pratica, fasc. 43, ottobre 1913, la seguente interessantissima recensione : Paralisi progressiva e spirocheta pallida.

Levaditi Marie - Raukowski (Annales de l' Institut Pasteur, 25 luglio 1913) ricordano che la spirocheta pallida è stata dimostrata solo recentemente nel cervello dei malati di paralisi progressiva : per la prima volta dal Noguchi nei primi mesi del 1913 (The Journal of experim. med., 1° febbraio 1913). Servendosi del metodo di colorazione del Levaditi, egli ottenne un reperto positivo nel 17 °/₀, cioè in 12 casi su 70. Tale dimostrazione è diventata sempre più frequente, man mano che la tecnica si è perfezionata.

e del nucleo. Queste alterazioni si possono dividere in *progressive*, *regressive*, e *progressivo-regressive*. Le alterazioni *progressive* pur prevalendo nei diversi stati di intossicazione, si arrestano quasi negli animali cronicamente attossicati, nei quali le alterazioni *regressiva* e *progressive-regressive* assumono più notevole sviluppo.

6° Si può ammettere tanto per le cellule *granulo-adipose* quantò per le *cellule a bastoncello* una provenienza anche nevroglica, avendo potuto seguire forme di passaggio, che dimostrano appunto la relazione tra le suddette cellule e gli elementi nevroglici; crede però si tratti di forme nevrogliche degenerative, non escludendo d' altra parte che esistono forme a *bastoncello* in relazione con gli elementi di provenienza vasale.

7° Ritiene le cellule *ameboidi* forme degenerative delle cellule nevrogliche.

8° I costituenti *fibrillare* e *protoplasmatico* nevroglico, vanno incontro a tutta una serie di alterazioni, però l'elemento fibrillare resiste più a lungo di quello protoplasmatico alla degenerazione regressiva.

9° Nell'encefalite saturnina la disposizione delle alterazioni è a preferenza a piccoli focolai, distribuiti nello strato profondo della sostanza grigia, specie nello strato delle piramidali grandi e medie, come altri anche hanno descritto.

Marinesco e Minea. — *Treponema pallido nella paralisi progressiva.* — « Revue Neur. », n. 9, 1913.

Gli AA. su 27 casi di paralitici generali non sono riusciti che una sola volta a riscontrare un gran numero di spiroceti specialmente nel terzo strato della corteccia cerebrale, di rado riuniti in gruppo, più spesso ravvicinati senza essere in intimo rapporto con i vasi e con gli elementi cellulari nervosi e nevroglici. Solo eccezionalmente se ne riscontrano qualcheduno all'interno del protoplasma delle cellule nervose. Non ne hanno trovati mai nella pia madre,

nè nella sostanza bianca, mentre nella sostanza grigia ne contarono fino a 60 per campo.

In seguito a queste costatazioni considerano la paralisi generale progressiva come una sifilosi sotto la dipendenza del treponema pallido.

Gli AA. annunciano, alla fine dell' interessante lavoro che hanno iniettato nei testicoli e nella camera anteriore dell'occhio di conigli una emulsione di corteccia cerebrale di paralitico progressivo e che renderanno presto noti i risultati delle loro esperienze.

E. Forster und E. Tomascenski. — *Dimostrazione di spirocheti viventi nel cervello dei paralitici.* — « Deutsche med. Wochenschr », 39, 1237, 1913.

Gli AA. hanno praticato la puntura cerebrale col metodo Neisser-Pollak nei paralitici *intra vitam* e nei frammenti di materiale così ottenuto constatarono in due casi su quattro la presenza di spirocheti viventi, dotati di movimento.

Gli stessi frammenti furono utilizzati per innesto negli animali e gli autori si sono riservati di riferire sul risultato di tali esperienze.

Togliamo dal « Policlinico » Sez. pratica, fasc. 43, ottobre 1913, la seguente interessantissima recensione: Paralisi progressiva e spirocheta pallida.

Levaditi Marie-Raukowski (Annales de l' Institut Pasteur, 25 luglio 1913) ricordano che la spirocheta pallida è stata dimostrata solo recentemente nel cervello dei malati di paralisi progressiva: per la prima volta dal Noguchi nei primi mesi del 1913 (The Journal of experim. med., 1° febbraio 1913). Servendosi del metodo di colorazione del Levaditi, egli ottenne un reperto positivo nel 17 %, cioè in 12 casi su 70. Tale dimostrazione è diventata sempre più frequente, man mano che la tecnica si è perfezionata.

Lo stesso Noguchi, in un lavoro da noi altra volta riassunto (Münch. med. Woch., 14 aprile 1913), ha dimostrato la presenza della spirocheta in 48 casi su 200 esaminati, cioè nel 24 %, servendosi del metodo di Levaditi, coll' aggiungere piridina all' alcool ed acetone nel bagno di fissaggio al formolo, e lavando a lungo dopo il trattamento con l'argento (per due ore). Con lo stesso metodo Marinesco e Minea hanno avuto un caso positivo su 26.

Gli autori hanno fatto due serie di ricerche comparative. Servendosi dell' antico metodo del Levaditi, hanno esaminato 32 casi di paralisi progressiva, lasciando però le sezioni istologiche da due a tre giorni nell' alcool a 90 gradi, dopo la fissazione in formalina 10 %. Soltanto in tre casi hanno avuto nelle loro ricerche risultato positivo, cioè in circa il 10 % dei casi.

Il metodo della impregnazione argentea è atto a dimostrare la presenza della spirocheta nel cervello dei paralitici generali, ma dà risultati molto incostanti. Ciò è indubbiamente dovuto alla imperfezione della tecnica adoperata, giacchè la natura specifica della paralisi progressiva è dimostrata in più larga scala dalla reazione di Wassermann, ed anche per la difficoltà della ricerca della spirocheta nel tessuto nervoso impregnato all' argento.

In recenti ricerche gli AA. hanno provato che, servendosi di una tecnica più appropriata, ed esaminando sistematicamente ogni circonvoluzione cerebrale, si riesce a scoprire la spirocheta nella maggioranza, se non nella totalità dei casi di paralisi progressiva.

Occorre che l' autopsia sia fatta al più presto possibile : dissecata la pia madre, si taglia con piccole forbici curve un piccolo frammento di corteccia cerebrale e si dissocia in poche gocce di soluzione fisiologica sul vetrino. Quest' emulsione serve per fare sia i preparati per l' ultramicroscopio sia i preparati per strisciamento, previa diluizione del materiale.

Quest' ultimi vengono colorati con l' inchiostro di Cina, o col metodo di Fontana-Tribondeau (V. *Pathologica*, 1913, n. 109), o col processo di Heffler per la colorazione delle ciglia. Col primo metodo le spirochete risaltano perchè rimangono incolore, col

secondo si colorano in bruno nero su fondo giallo; col terzo si colorano in rosso.

Hanno esaminato nove cervelli freschi di casi nei quali la paralisi progressiva aveva avuto un decorso rapido e la morte si era quasi sempre verificata in seguito ad ictus apoplettiforme.

Coi metodi rapidi di ricerca (ultramicroscopico, metodo Fontana ecc.) hanno avuto risultato positivo in otto casi, cioè nell' 88. 8 °/₀ Col metodo di Levaditi invece ebbero soltanto un caso positivo, cioè 11. 1 °/₀.

L'esame all'ultramicroscopico è ancora superiore ai metodi di colorazione suddetti, per la rapidità della dimostrazione e sopra tutto per la costanza del reperto: perciò gli AA. raccomandano di cominciare la ricerca della spirocheta nella corteccia cerebrale dall' esame ultramicroscopico.

È caratteristico il fatto che le spirochete si trovano quasi sempre disposte in focolai più o meno circoscitti nelle diverse regioni. Le spirochete si trovano sempre nella corteccia propriamente detta; l' esame della sostanza bianca sottostante a un ricco focolaio di spirochete ha dato risultato negativo.

Gli AA. hanno avuto risultato positivo nell' esame del liquido ventricolare di sinistra in un caso in cui le circonvoluzioni frontali corrispondenti erano molto ricche di spirochete.

La ricerca delle spirochete nel bulbo e nel midollo è stata negativa.

Da queste osservazioni, gli AA. vengono alle seguenti conclusioni circa l' etiologia e la patogenesi della paralisi progressiva:

La paralisi progressiva è dovuta alla localizzazione e moltiplicazione della spirocheta pallida, nella corteccia cerebrale ed alle lesioni che ne derivano. La moltiplicazione del parassita pare si verifichi a *poussées* successive, analoghe alla comparsa periodica delle manifestazioni specifiche cutanee e mucose. Mentre un focolaio della corteccia si sterilizza con esito in sclerosi, un altro si origina in circonvoluzioni ancora intatte: ciò spiega perchè le zone cerebrali più avariate non sempre sono quelle più ricche di

parassiti. Sembra probabile che l' *ictus* apoplettiforme corrisponda a queste *poussées* parassitarie acute, specialmente quando queste siano localizzate nella corteccia delle zone motrici. È più probabile quindi la dimostrazione della spirocheta nei casi di morte in seguito all' *ictus* apoplettiforme, anzichè nei casi di morte nei periodi di intervallo fra due *ictus*, in seguito a malattie intercorrenti.

Marchand. — *Ricerche istologiche sul sistema nervoso nella melanconia.* — « Revue de Psychiatrie », n. 6, 1913.

L'A. ha praticato l'esame del sistema nervoso in due casi di melanconia ansiosa e in tre casi di melanconia con stupore.

Nella melanconia acuta delirante le lesioni erano diffuse con qualche predominio in corrispondenza del lobi frontali, e consistevano in aderenze meningee, infiltrazioni di cellule embrionali nella pia madre e nella corteccia, fatti di perivascolite leggera interessanti solo qualche vaso isolato. Vi era integrità delle fibre mieliniche e del tessuto nevroglico. Nel primo caso la cromatolisi delle cellule piramidali poteva però attribuirsi anche alla broncopneumonite che aveva ucciso l'ammalato.

Nella seconda osservazione le cellule piramidali contenevano una zona pigmentata con integrità dei nuclei, ma anche questo reperto non ha soverchia importanza poichè è facile trovarlo negli individui avanzati in età, e l'ammalato in esame aveva 63 anni.

Nei casi di melanconia con stupore le lesioni riscontrate nel cervello si rassomigliavano a quelle precedentemente descritte. Di più l'A. avrebbe osservato oltre l'infiltrazione meningea con aderenze meningo-corticali, e i fatti di encefalite diffusa, anche una leggera sclerosi dello strato molecolare della corteccia. In qualche caso anzi tale sclerosi si accompagnava ad un certo grado di degenerazione delle fibre tangenziali.

Tutte queste lesioni non avendo nulla di particolare per gli stati melanconici, potendosi ritrovare anche in altre forme di psicopatie, l'A. pensa che se si vuole attribuire alle lesioni cerebrali

una importanza ed un significato determinante sulle manifestazioni delle malattie mentali, si deve pensare che, dato un substrato anatomopatologico meningocorticale comune, i disturbi psichici variano secondo il terreno, le tendenze ereditarie, il carattere, le abitudini dei vari soggetti, secondo cioè la loro individualità.

Hollander. — *Localizzazione dell'aprassia.* — « L'Encephale », n. 6, 1912.

L'A. riporta l'anamnesi di una donna di 55 anni parafasica, senza paralisi, nè atassia che presentava aprassia motrice bilaterale manifestantesi non solo negli atti composti, ma anche negli atti semplicissimi e nei movimenti d'imitazione. La marcia, il masticare, il deglutire si compivano normalmente. Si osservava anche una specie di perseverazione tonica caratterizzata dalla conservazione del medesimo atteggiamento anche per delle ore e ricordante la sindrome catatonica.

All' autopsia si trovò nell'emisfero destro, una cisti che distruggeva esclusivamente la parte anteriore della prima frontale. Nell'emisfero sinistro vi era un vasto rammollimento sotto-corticale con sede nella sostanza bianca del lobo occipitale e temporale. Tale lesione sinistra comprendeva le parti principali del grande centro di associazione posteriore di Flechsig e interrompeva i fasci di associazione che uniscono il centro posteriore al centro sensitivo-motore sinistro.

In tal modo spiega l'aprassia dal lato destro.

L'aprassia sinistra può venire spiegata per la distruzione della prima frontale destra. Il lobo frontale destro va considerato come un apparecchio di trasmissione intercalato tra i centri sensitivo-motori destri e il campo sinistro dell'ideazione.

Non si può dire che vi sia un centro dell'aprassia cioè una regione corticale nettamente circoscritta, ricettacolo d' immagini motrici, la cui distruzione provochi unicamente ed esclusivamente dei disturbi motori di natura aprassica.

Abitualmente l'aprassia dipende da lesioni parietali, particolarmente dalla distruzione della sostanza bianca del giro sopramarginale, perchè questa regione contiene dei fasci importanti di associazione, ma è possibile pure che il centro di associazione anteriore (lobo frontale) abbia importanza per la euprassia.

Insomma per l'A. l'euprassia esige la cooperazione dei due grandi centri di associazione anteriore e posteriore con la zona sensitivo-motrice sinistra. La direzione dell'emisfero sinistro si esercita nella regione sensitivo-motrice attraverso la via del corpo calloso e del lobo frontale destro.

F. Guidi. — *Sulla struttura della guaina mielinica e sul suo comportamento nelle degenerazioni secondarie, con un nuovo metodo d'indagine.* — « Riv. di Pat. nervosa e mentale », fasc. 10, 1913.

L'A. dallo svolgimento del lavoro viene alle seguenti conclusioni:

I risultati ottenuti col metodo del Besta differiscono nettamente da quelli dati dal metodo del Marchi e da quello del Donaggio. I risultati delle mie ricerche dimostrano che la struttura alveolo reticolare nei processi di degenerazione secondaria delle fibre nervose ha un modo caratteristico di comportarsi e che, preesistente nelle fibre normali, si distrugge gradualmente conservando fino ad una fase avanzatissima di regressione la sua tipica struttura.

Questo fatto mi pare confermi l'idea che non sia un prodotto artificiale dovuto ai fissanti.

Mi pare che sia pure evidente che fra le maglie di questa rete debba trovarsi un'altra sostanza che ne riempie gli spazi, sostanza che ha una reazione diversa, vale a dire che non viene mordenzata dal molibdato d'ammonio e che perciò con tale metodo non viene messa in evidenza.

Per quello che riguarda la cronologia delle alterazioni, risulta dalle mie ricerche che lo stroma può presentarsi modificato nella

struttura in una fase anche più precoce di quella, in cui il metodo Donaggio dà risultati positivi: ho visto infatti fibre alterate già 24 ore dopo lo strappo dello sciatico.

Tuttavia il metodo Besta, colorando in modo positivo anche le fibre normali, non può competere coi metodi che colorano elettivamente le fibre alterate, in tutti i casi in cui si tratta di stabilire la eventuale topografia di fasci nervosi, essendo oltremodo difficile il localizzare la zona esatta di degenerazione. Invece a distruzione totale delle fibre esso dà reperti equivalenti al Weigert. e quindi può essere utilmente sostituito ad esso per i vantaggi che presenta e cioè minore durata del tempo di fissazione del tessuto nervoso e possibilità di colorare con lo stesso blocco le cellule nervose.

Buscaino. — *Grassi, sterine e lipoidi nel sistema nervoso centrale, in condizioni normali, sperimentali e patologiche.* — « Ricerche istochimiche ». Dallo studio fatto dall'A., questo viene alle seguenti conclusioni:

1°. Esistono in quantità considerevole nella parete dei vasi cerebrali di uomo adulto normale, granuli e gocciolette costituiti essenzialmente di grassi neutri ed anche di fosfatidi non saturi, sotto forma questi specialmente quasi di rivestimento intorno alla massa centrale fatta da grassi neutri. Tra i fosfatidi non saturi prevale forse la cefalina. Ci sono anche traccie di altri lipoidi, insolubili questi in acetone + etere di petrolio.

2°. In condizioni morbose, con e senza disturbi psichici, queste formazioni non subiscono variazioni quantitative tali che si possano mettere nettamente in rapporto con la malattia. Soltanto in un caso, nei vasi intorno alle lacune di disintegrazione, c' erano quantità veramente enormi di sostanze grasse — diffuse poi anche nel tessuto circostante ai focolai morbosi — in parte extra, ed in parte intracellulari (cellule granulose). In questo solo caso intra-ed extracellularmente furono trovati anche eteri di colesterina. Le altre

granulazioni, poi, delle cellule granulose erano costituite da grassi neutri.

In tutti gli altri casi le granulazioni vasali non presentarono, con i metodi adoperati, nessuna variazione qualitativa rispetto al normale: di modo che non si può stabilire dal punto di vista delle sostanze grasse una differenziazione istologica delle varie forme di psicosi esaminate.

3°. Esistono nel cane normale sostanze nella parete vasale cerebrale identiche per costituzione chimica a quelle dei vasi cerebrali umani. Esse non subiscono variazioni quantitative o qualitative fino a novantasei ore dopo la morte dell'animale; furono trovate aumentate, ma con gli stessi caratteri chimici, in un caso di rabbia; non aumentano (cervelletto) nei cani adulti castrati pochi giorni dopo la nascita; aumentano, provocando, in condizioni opportune, la lipemia sperimentale con la introduzione endovenosa di grassi.

4°. Esse mancano quasi totalmente nei vasi cerebrali della cavia e del coniglio. Da questo punto di vista il contrasto tra uomo e cane da una parte e cavia e coniglio dall' altra è molto evidente.

5°. Le cellule nevrogliche dell'uomo normale hanno intorno al proprio nucleo granuli costituiti in massima di sostanze grasse ed in minima parte di sostanze differenti. Le prime risultano essenzialmente di fosfatidi saturi e di altri lipoidi insolubili in acetone + etere di petrolio con tracce di sostanze solubili in acetone, probabilmente grassi neutri.

Nelle zone intorno alle lacune di disintegrazione compaiono cellule granulose, con i granuli costituiti di grassi neutri e di eteri di colesterina. Non ne compaiono intorno ai focolai di porosi o di « état de fromage Gruyère ».

Nessuna differenza qualitativa è stata constatata negli altri casi morbosi.

6°. Le cellule nervose del cane normale (midollo) studiate con il metodo Ciaccio, fissate quarantotto-novantasei ore dopo la morte dell'animale, mostrano relativamente a quelle fissate subito

dopo la morte, un aumento considerevolissimo di sostanze che resistono al metodo suddetto.

7°. Il pigmento giallo delle cellule della corteccia cerebrale umana è costituito, come nella cellula nevroglica, essenzialmente di fosfatidi saturi e di altri lipoidi insolubili in acetone + etere di petrolio, con tracce probabilmente di grassi neutri. Prendono però parte alla sua costituzione anche sostanze non appartenenti al gruppo di quelle grasse e ciò in proporzioni maggiori che nelle cellule nevrogliche.

8°. In condizioni patologiche non si è potuta dimostrare nei casi esaminati nessuna variazione qualitativa. Per le variazioni quantitative non si è potuto stabilire un rapporto netto con il processo morboso.

9°. Il vero pigmento bruno del *locus niger* di psicopatici adulti non contiene — almeno così facilmente isolabili come nel pigmento giallo — sostanze appartenenti al gruppo generale delle sostanze grasse.

Questi dati fanno intravedere la grande importanza fisiologica delle sostanze grasse cerebrali.

Per quanto riguarda quelle vasali mi limito per ora a far cenno di una sola delle molteplici probabili funzioni di esse e ciò tenendo conto, per le ragioni innanzi accennate, del contrasto tra uomo e cane da un lato e cavia e coniglio dall'altro, nonchè dell'aumento, sopra descritto, delle sostanze parietovasali da introduzione di grassi per via endovenosa, aumento constatato in certo qual modo anche da altri osservatori con metodo differente. Aggiungo che in molte condizioni non normali dell'organismo (per esempio nel diabete, nella nefrite, nell'ittero, nell'arteriosclerosi, in gravidanza nella *lues*, nell' eclampsia, nei tumori non ulcerati, nell' amenorrea, in alcuni casi di malattie nervose e mentali esaminati) è stata constatata una vera lipemia.

In verità ancora gli studi sulla lipemia in condizioni patologiche sono incompleti; ma ciò non impedisce che quelli parziali già noti, messi insieme con i fatti or ora accennati, possono far pensare che in generale prima di ritenere un dato accumulo perivasale

come espressione di processi di disintegrazione nervosa, si dovrebbe avere esaminato lo stato lipemico o no di quel dato individuo data la possibilità che in quell'organismo ci sia una delle condizioni suddette che determinano la lipemia e data pure la possibilità che sostanze grasse possano dall' interno dei vasi passare nelle pareti di questi (?); in tal caso gli accumuli perivasali rappresenterebbero — fra loro — quasi un indice del grado di lipemia di un dato individuo.

Associazione della meningite sifilitica e della paralisi generale: presenza di treponemi nelle meningi.

Marinaresco e Minea riferiscono alla « Società di Biologia di Parigi » nella seduta del 5 aprile, che hanno avuto occasione di studiare dal punto di vista anatomo-clinico un malato affetto da paralisi generale, in cui oltre hanno trovato lesioni meningee caratteristiche. Si trattava di un individuo di 30 anni, che aveva avuto nel 1890 un sifiloma iniziale seguito da una cura mercuriale.

La sua malattia pare abbia avuto inizio nel giugno 1908, con cefalalgia, vertigini, vomito e stato di depressione considerevole. Quando gli O.O. lo hanno esaminato, cioè un anno dopo, hanno constatato certi segni somatici e disturbi mentali che caratterizzarono la paralisi generale.

L' ammalato morì durante un accesso epilettiforme e all' autopsia si è trovato un'iperemia considerevole del cervello e inoltre alla superficie dei lobi frontali e parietali, si son notate delle placche giallastre, o giallo-grigiastre, di forma e dimensioni varie in vicinanza delle scissure. Oltre a queste placche giallastre vi erano delle placche lattescenti, ugualmente distribuite nelle stesse regioni in cui si trovavano le prime.

L'esame istologico mostrò lesioni considerevoli di meningite, ma di aspetto diverso nella stessa sezione : questa meningite era più considerevole in vicinanza delle scissure, ove si constatavano focolai infiammatorii caratterizzati per la presenza, attorno ai vasi

o fra il tessuto connettivo, di linfociti in numero considerevole e di cellule plasmatiche in proporzioni variabili; si osservavano inoltre delle Mastzellen e dei mononucleati.

In vicinanza dei vasi alterati e nei tessuti della pia madre si son trovati treponemi pallidi, isolati o riuniti in gruppi. Essi si presentavano diritti o ricurvi su loro stessi ed in generale non erano troppo lunghi. Il loro numero non era considerevole e non venne data occasione di osservarne più di 8 in un campo microscopico.

D'Abundo G. (Catania). — *Sulla importanza dei focolai distruttivi corticali nella patologia mentale.*

Oggidì in cui l'ideale da raggiungere nel campo psichiatrico è l'affermazione d'una base anatomica alle psicosi, s'impone la ricerca di focolai sia pure microscopici nella corteccia cerebrale; giacchè il focolaio del mantello cerebrale non sottrae solamente un'area alla normale funzionalità distruggendo un numero più o meno ragguardevole di cellule nervose, ma interrompe o turba i sistemi di conduzione e di rapporti interneuronici, rimanendo in sito come un quid estraneo, per quei processi reattivi anatomo-patologici che si verificano all'intorno del piccolo territorio distrutto.

La importanza della ricerca di focolai corticali nei cervelli degli alienati di mente vien dimostrato dal seguente caso clinico, certamente molto dimostrativo.

Trattasi d'individuo con eredità nevropatica positiva e alcoolista. A 31 anni ebbe un ictus per cui cadde privo di coscienza. Successivamente migliorato cominciò a lamentarsi per manifestazioni di fosforescenze lampeggianti sempre emilateralmente a sinistra. Tali allucinazioni prima vaghe ed indeterminate, si plasmarono poi in due soggetti che gli apparivano fosforescenti e minacciosi, per cui si spaventava ed urlava. Fu condotto al manicomio, ove la forma clinica, che si potrebbe ascrivere alle frenosi sensorie, rivestì le parvenze di un vero *tic* allucinatorio-motore, che rimase sempre in un'orbita limitata per ben 27 anni, esplicandosi

come una scarica epilettoide sensoriale-motrice tra circonvoluzioni vicine.

L' autopsia dimostrò nella corteccia dell'emisfero cerebrale destro una perdita di sostanza ben limitata raffigurata da un focolaio emorragico di antica data, in cui la sostanza grigia era sostituita da un tessuto areolare, risultante di nevroglia disposta a larghe trabecole, intersecate da vasi sanguigni. La lesione si trovava precisamente, come è dimostrato da numerose figure, nella parte posteriore del lobo parietale, e si diffondeva nel lobo occipitale, attraverso la sostanza grigia dei solchi.

Data dunque questa lesione corticale, e tenuto conto che la sindrome allucinatoria fu emilaterale, si è autorizzati ad ammettere che quella fu la causa della evoluzione della psicopatia; naturalmente alla eredità nevropatica dell' alcoolismo va data la dovuta importanza.

L' A. conclude, citando anche un altro caso clinico conseguito da autopsia, sulla necessità dell' autopsia dei pazzi, praticata da un abile settore con l' assistenza dei medici che studiarono e seguirono accuratamente il decorso della psicosi nel soggetto; il settore con l' essere un abile citologo non dovrebbe dimenticare l'anatomia patologica grossolana.

Il programma poi che oramai s' impone alla psichiatria moderna è lo studio topografico della cito e mielo-architettura dei cervelli dei pazzi: è insomma assolutamente essenziale affermare le anomalie e le alterazioni stratigrafiche cellulari nella corteccia; lo studio di pochi pezzettini di quest' ultima può servire semplicemente alle indagini della fine lesione dei singoli elementi cellulari.

Auto-riassunto.

M. S. Margutis. — *Cisticerco del cervello.* — « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk », vol. 46, fasc. 1.

L'A. nel suo lavoro sulle alterazioni anatomo-patologiche in casi di cisticerco del cervello, giunge alle seguenti conclusioni:

1.° La capsula del cisticerco nel cervello è costituita di tessuto di granulazione che si trasforma in tessuto connettivo.

2.° La struttura della capsula non presenta differenze nella corteccia, nell'ependima e negli altri organi.

3.° Le strato di tessuto di granulazione è molto più sottile intorno ai cisticerchi morti che intorno a quelli vivi.

4.° La reazione vasale è in vario grado manifesta nei diversi casi e dipende dall'età della capsula.

5.° In nsssun caso fu osservato una ependimite granulare.

6.° Nello spazio chiuso delle capsule reattive spesso il cisticerco muore, poi talora si calcifica, e raramente suppura.

L. Bianchi. — *Recenti ricerche su le funzioni e l'anatomia dei lobi frontali.*

L'A. tratta dei rapporti anatomici tra il lobo frontale e le altre parti della corteccia del cervello, illustrando il suo dire con importanti proiezioni di preparati anatomici. I quali ancora una volta dimostrano l'esattezza della dottrina, già universalmente accettata, secondo la quale il lobo frontale è il centro della più alta attività della mente, e della coscienza superiore. Il lobo frontale deve essere distinto dal cervello posteriore. Esso è l'organo che più direttamente raccoglie dal mondo esterno, ove si formano, le immagini che costituiscono la materia prima delle più alte concezioni mentali. Così pure, mentre il cervello posteriore è l'organo degli istinti e dei riflessi più immediati, il cervello anteriore invece è l'organo della sintesi intellettuale, ma anche dei sentimenti più alti e del potere inibitore e coordinatore dei sentimenti umani. La dimostrazione che di ciò fa il prof. Bianchi prova che il cervello anteriore — e in ciò sta la novità dal punto di vista scientifico — trae dal cervello posteriore tanto le immagini quanto i sentimenti immediati, strettamente collegati con le impressioni, ed elabora i concetti ed i sentimenti più alti.

come una scarica epilettoide sensoriale-motrice tra circonvoluzioni vicine.

L' autopsia dimostrò nella corteccia dell'emisfero cerebrale destro una perdita di sostanza ben limitata raffigurata da un focolaio emorragico di antica data, in cui la sostanza grigia era sostituita da un tessuto areolare, risultante di nevroglia disposta a larghe trabecole, intersecate da vasi sanguigni. La lesione si trovava precisamente, come è dimostrato da numerose figure, nella parte posteriore del lobo parietale, e si diffondeva nel lobo occipitale, attraverso la sostanza grigia dei solchi.

Data dunque questa lesione corticale, e tenuto conto che la sindrome allucinatoria fu emilaterale, si è autorizzati ad ammettere che quella fu la causa della evoluzione della psicopatia; naturalmente alla eredità nevropatica dell' alcoolismo va data la dovuta importanza.

L' A. conclude, citando anche un altro caso clinico conseguito da autopsia, sulla necessità dell' autopsia dei pazzi, praticata da un abile settore con l' assistenza dei medici che studiarono e seguirono accuratamente il decorso della psicosi nel soggetto; il settore con l' essere un abile citologo non dovrebbe dimenticare l'anatomia patologica grossolana.

Il programma poi che oramai s' impone alla psichiatria moderna è lo studio topografico della cito e mielo-architettura dei cervelli dei pazzi: è insomma assolutamente essenziale affermare le anomalie e le alterazioni stratigrafiche cellulari nella corteccia; lo studio di pochi pezzettini di quest' ultima può servire semplicemente alle indagini della fine lèsione dei singoli elementi cellulari.

Auto-riassunto.

M. S. Margutis. — *Cisticerco del cervello.* — « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk », vol. 46, fasc. 1.

L'A. nel suo lavoro sulle alterazioni anatomo-patologiche in casi di cisticerco del cervello, giunge alle seguenti conclusioni:

1.° La capsula del cisticerco nel cervello è costituita di tessuto di granulazione che si trasforma in tessuto connettivo.

2.° La struttura della capsula non presenta differenze nella corteccia, nell'ependima e negli altri organi.

3.° Le strato di tessuto di granulazione è molto più sottile intorno ai cisticerchi morti che intorno a quelli vivi.

4.° La reazione vasale è in vario grado manifesta nei diversi casi e dipende dall'età della capsula.

5.° In nsssun caso fu osservato una ependimite granulare.

6.° Nello spazio chiuso delle capsule reattive spesso il cisticerco muore, poi talora si calcifica, e raramente suppura.

L. Bianchi. — *Recenti ricerche su le funzioni e l'anatomia dei lobi frontali.*

L'A. tratta dei rapporti anatomici tra il lobo frontale e le altre parti della corteccia del cervello, illustrando il suo dire con importanti proiezioni di preparati anatomici. I quali ancora una volta dimostrano l'esattezza della dottrina, già universalmente accettata, secondo la quale il lobo frontale è il centro della più alta attività della mente, e della coscienza superiore. Il lobo frontale deve essere distinto dal cervello posteriore. Esso è l'organo che più direttamente raccoglie dal mondo esterno, ove si formano, le immagini che costituiscono la materia prima delle più alte concezioni mentali. Così pure, mentre il cervello posteriore è l'organo degli istinti e dei riflessi più immediati, il cervello anteriore invece è l'organo della sintesi intellettuale, ma anche dei sentimenti più alti e del potere inibitore e coordinatore dei sentimenti umani. La dimostrazione che di ciò fa il prof. Bianchi prova che il cervello anteriore — e in ciò sta la novità dal punto di vista scientifico — trae dal cervello posteriore tanto le immagini quanto i sentimenti immediati, strettamente collegati con le impressioni, ed elabora i concetti ed i sentimenti più alti.

Rothmann. — Dopo avere esposta la nuova divisione anatomica dei lobi del cervelletto e la struttura microscopica dei suoi elementi, l' A. enumera le diverse teorie proposte sulla funzione di questi elementi, e confessa l' impossibilità di enunciare una formula univoca.

Partendo dalle ricerche di anatomia comparata di Bolk, l' A. descrive e discute le conoscenze delle localizzazioni cerebellari risultanti dalle ricerche sui cani e sulle scimmie. Da queste ricerche risulta, che nella corteccia degli emisferi cerebellari esistono i centri dei movimenti delle estremità inferiori e superiori dello stesso lato. Nella porzione centrale si trovano dei centri di coordinazione per il tronco e le estremità, ed inoltre nel lobo anteriore, dei centri d' innervazione dei muscoli del collo, della mascella e della laringe. All' interno dei centri corrispondenti alle estremità, si è dimostrata l' esistenza di una localizzazione regolante la direzione dei movimenti.

Subito dopo la distruzione dei nuclei cerebellari, appariscono delle gravi turbe dell' equilibrio e dei movimenti involontari. Nell' uomo, nel quale l' encefalo esercita un'azione compensatrice certamente più possente, i dati anatomo-patologici, permettono di riconoscere delle localizzazioni più delicate.

Dopo una descrizione dei sintomi generali e della loro azione sui territori nervosi vicini, l' A. descrive, come sintomi propri del cervelletto, i disturbi delta vista e dell' andatura, e l' asinergia cerebellare di Babinski come un segno del verme.

A questi fenomeni morbosi, si aggiungono i disturbi nella innervazione della testa e della parola.

Le alterazioni limitate alle estremità di un solo lato, debbono riferirsi alla corteccia dell' emisfero. Oltre l' atassia e l' atonia, l' adiadococinesia di Babinski è, senza alcun dubbio, un sintomo dipendente dalla corteccia.

Le deviazioni delle estremità e delle loro articolazioni in diversi sensi, constatate da Berany, provano egualmente l' esistenza nell' uomo di una localizzazione regolatrice nella corteccia cerebellare.

L' A. fa la disamina dei rapporti tra il cervelletto e l' apparecchio vestibolare, partendo principalmente dalle ricerche di Barany.

I disturbi profondi dell' equilibrio, quelli della vista, gli stati convulsivi debbono essere riferiti alle affezioni dei nuclei cerebellari.

Uno studio più profondo delle localizzazioni cerebellari, renderà possibile una diagnosi più precoce, e produrrà un miglioramento dei risultati di intervento chirurgico nelle malattie del cervelletto.

Iacquin e Marchand. — *Mioclonia epilettica progressiva.* — « L'Encéphale », n. 3, 1913.

Gli AA. riferiscono sopra un caso di una ragazza con tara tubercolare, colpita da eccessi convulsivi all'età di tre anni e da mioclonia a quindici anni.

Le scosse muscolari erano brusche, rapide, incoordinate, indolore, non sistematizzate, precedevano di solito le crisi comiziali, non si accompagnavano a perdita di coscienza, erano più manifeste agli arti superiori, scomparivano durante il sonno, erano indipendenti dalla volontà.

L'intelligenza dell'ammalato, da principio normale, andò progressivamente indebolendosi. Si aggiunse in seguito tremore delle estremità e dei muscoli facciali: la parola divenne inceppata, la marcia incerta e spasmodica.

L'esame del liquido cefalo-rachidiano non rilevò nè linfocitosi, nè albuminosi.

L' ammalata morì a 20 anni di tubercolosi polmonare.

L'esame istologico dimostrò l'esistenza di una meningite cronica con sclerosi corticale, atrofia delle cellule piramidale e degenerazione delle fibre tangenziali.

Nelle considerazioni diagnostiche differenziali tra paramioclono multiplo associato ad epilessia e mioclono in epilettica gli AA. propendono verso la seconda, essendo del parere che le mioclonie

non rappresentino che un sintoma attenuato della epilessia. Questo caso va classificato tra le mioclonie famigliari del tipo Unverricht, studiato pure da Sundborg sotto il nome di mioclonia epilettica progressiva, e di cui principali caratteri sono : lo sviluppo normale del soggetto fino all'età di seì o dodici anni, il carattere famigliare della malattia, l' evoluzione in tre periodi.

Si può supporre che le scosse miocloniche sieno in rapporto con la irritazione delle cellule piramidali per sclerosi cerebrale diffusa.

La Salle Archambault. (Albany, New York). — *Contributo allo studio delle localizzazioni dell'afasia.* — « Nouvelle Iconographie de la Salpetrière », n. 1, gennaio-febbraio, 1913.

L'analisi imparziale dei fatti, forniti da due osservazioni cliniche e anatomo-patologiche, permettono all' A. di conchiudere a favore della dottrina di Pierre Marie, e cioè:

1°. Che la lesione della terza circonvoluzione frontale sinistra in un destrimano non determina necessariamente l'afasia;

2°. Che la lesione della regione lenticolare sinistra in un destrimano è da sola sufficiente a produrre un' afasia motrice o anartria marcatissima e permanente.

TERAPIA

L. R. Dott. Sanguineti — *Studio clinico e sperimentale sopro un nuovo ipnotico* (Luminal). — « Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale », anno XL, 1912, fasc. III-IV.

L' A. pubblica per esteso una lunga serie di esperienze praticate con questo nuovo medicamento e giunge alle conclusioni seguenti:

1). Il Luminal è un ipnotico che non ha azione pronta nei casi di agitazione motoria grave, ma è di azione rapida nei casi di comune agripnia.

2). È un sedativo di effetto sicuro e durevole come nessun altro.

3). Ha una singolare e sicura azione sedativa nei casi anche gravi di ansia, in qualunque forma psicopatica.

4). Il sonno, normalmente, comincia dopo 1/4 - 1 - 2 ore e dura dalle 6 alle 9. Produce sonno tranquillo, pari a quello fisiologico.

5). Non produce effetti dannosi immediati o a distanza, se in dose giusta e se sospeso opportunamente.

6). Non è affatto tossico. Non altera il ricambio, nè produce albuminuria, anche se continuato.

7). Non altera le funzioni del circolo e del respiro.

8). È efficace per le varie vie di somministrazione; sempre tenendo presente la inefficacia come ipnotico di pronto effetto.

9). La dose varia nelle forme motorie e ansiose gravi fino a 06 - 07 - 1, specie se gli individui sono robusti, e per es., cli-

steri e suppositi. Per iniezioni: 0,40 - 0,70 per cc. Nelle forme comuni di agnipnia 0.1 - 0,3 - 0,4. Negli individui deboli cachettici oscilla intorno a 0,25.

10). Si ha un benefico effetto continuativo dopo cessata la somministrazione del farmaco, che va da giorni 10 a 25 con giovamento del malato.

11). Utile anche nelle malattie intermittenti e nelle croniche, e per sedare dolori organici.

Silvestri. — *Opoterapia surrenomidollare ed epilessia.* — « Il Policninico ». Sezione pratica, n. 26, 1913.

L' A. ha somministrato la paragaglina a 23 epilettici ed ha osservato che questa ha aumentato il numero degli accessi soltanto nelle 10 donne epilettiche sottoposte alla prova.

Donde l'A. pone in relazione capsule surrenali, cervello, ghiandole genitali.

Viene alle seguenti conclusioni:

In favore di rapporti stretti fra epilessia e alterazioni delle secrezioni endocrine parlano:

1). I risultati terapeutici di *Osborne* con la tiroidina negli attacchi epilettici che sopravvengono nelle ragazze all'epoca della pubertà e nelle donne al momento della menopausa.

2). I risultati di *Clark, Lyndyay, Salvioli, Frohener, Hoppe,* con l' opoterapia tiroidea in epilettiche mixedematose: in ogni caso ebbe un miglioramento sia nel minor numero di accessi che nelle condizioni psichiche.

3). I risultati ottenuti da *Toulouse Marchand* ed altri con l' ovarina.

4). I risultati ottenuti dall'A. in una giovanetta epilettica con latte di capra castrata e con l' opoterapia surrenocorticale in una altra di 19 anni. A questo ultimo scopo bisogna usufrire di capsule di animali giovani, appena staccate dall' animale, per impedire la diffusione, l' imbibizione del principio attivo della midollare.

5). Forse i casi, raro invero, in cui la pubertà ha segnato il miglioramento, la guarigione dell' epilessia, quando ha coinciso con un rapidissimo sviluppo intellettuale e fisieo (*Hasse*, *Sponolz*, *Tambroni*) in quelli è lecito pensare a modificazioni funzionali degli apparati endocrini. L' opoterapia quindi si impone nel trattamento dell'epilessia, specie nella donna; e in tutti i casi fino dai primi accessi, si darà la preferenza all' opoterapia plurighiandolare lasciando intanto da parte la paragaglina od adrenalina le quale sembra favorire il ripetersi degli accessi.

Froment e Monod. — *La rieducazione nell'afasia.* — « Société de Neurol. Seance », 8 mai, 1913.

Gli autori propongono un altro sistema di rieducazione nell' afasia, consistente nel risvegliare con tutti i mezzi le immagini uditive e a facilitarne l'evocazione.

Questo metodo di rieducazione sembra più adatto agli afasici non intelligenti o poco attenti ed agli afasici aprassici.

Vi si può ricorrere anche tutte le volte che si ha a che fare con individui che non hanno perduta la possibilità dei processi articolari ma un semplice disturbo della loro evocazione.

L' A. procede ripetendo i diversi vocaboli dei quali si vuol fare ritornare l' articolazione mettendosi di fianco all'ammalato per dissimulargli i movimenti mimici. Inoltre, poichè i disturbi della memoria e della attenziona volontaria possono rendere laboriosa ed incerta l'evocazione, così provocata, delle immagini uditive, bisogna ricorrere ad una serie di procedimenti mnemotecnici: ripetizione della serie delle vocali, della serie alfabetica, della serie dei numeri, ripetizione di fasi brevi e familiari, ed altri procedimenti capaci a facilitare l' evocazione dei suoni mettendo in azione l'associazione delle idee e delle immagini.

Questo metodo è suscettibile di dare dei risultati tanto nella afasia motrice, tipo Broca, che nella afasia motrice pura. Il metodo

classico invece può continuare ad applicarsi negli afasici intelligenti e docili.

L'efficacia di questo metodo viene inoltre a dimostrare indirettamente il carattere primordiale dei disturbi di evocazione delle immagini uditive e l'ufficio considerevole che bisogna attribuire al meccanismo delle alterazioni della parola in un gran numero di afasici motori.

G. Bellini. — *Azione curativa dell'Isovalerianato di Borneolo in alcuni casi di nevrosi e neuro-psicosi.* — « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », n. 105, 1913.

Dalle esperienze fatte l'A. viene alle seguenti conclusioni:

1.° Il Bornyval è assai buon rimedio sedativo in tutti i casi di disturbi funzionali del sistema nervoso, in specie nelle neurosi del sistema digerente e circolatorio.

2.° Nelle forme morbose neuro-psichiche ottiene sempre pronto e duraturo effetto sui sintomi di spasmo e dolore: ottiene ancora in conseguenza favorevole risultato di calma sulle condizioni mentali eccitate del paziente.

3.° È particolarmente raccomandabile nell'isterismo e neurastenia, dissipa anche fenomeni dolorosi nelle forme epilettiche alcooliche, cardiache e nei disturbi nervosi delle funzioni sessuali.

4.° È di facile somministrazione ed esente da effetti secondari di intolleranza.

E. Weill. — *Le traitement de la chorée de Sydenham.* — « Progr. méd. », gennaio 1912.

L'A. nella cura della corea insiste soprattutto nel riposo, sull'utilità del sonno e nei buoni effetti ottenuti dall'arsenico usato a forti dosi incorporato in grassi. Nelle forme leggere dimostra il vantaggio dell'idroterapia e della ginnastica ritmica che può lottare con vantaggio contro l'incoordinazione muscolare troppo spesso negletta dai terapisti.

L. Bruns. — *Trattamento dei tumori del cervello; indicazioni operatorie.*

Gl' interventi operatorii per tumori cerebrali si dividono in due classi: 1ª le operazioni radicali con estirpazione del tumore; 2ª le operazioni palliative fatte allo scopo di decomprimere il cervello.

Le indicazioni dell'operazione radicale e il pronostico di queste operazioni dipende da tre circostanze.

1ª *dalla natura del tumore.* — I più favorevoli sono i tumori nettamente circoscritti, e particolarmente quelli che si sono sviluppati fuori del cervello. Disgraziatamente la delimitazione clinica fra i gliomi infiltranti e i sarcomi circoscritti è ancora molto difficile;

2ª *della possibilità d'una diagnosi generale e locale molto sicura.* — La diagnosi generale può essere difficile con gli accessi, l' idrocefalia e i falsi tumori; la diagnosi locale è talvolta impossibile nel caso di tumore dei lobi temporali o frontali situati a destra, difficile egualmente per i tumori del centro semi-ovale e del corpo calloso;

3ª *dalla facilità d'accesso del tumore.* — I tumori del peduncolo, del terzo ventricolo e alcuni tumori della sostanza bianca degli emisferi sono inaccessibili. Tutti gli altri possono essere colpiti dal chirurgo, ma con dei rischi operatori molto variabili.

Le operazioni palliative sono indicate quando, nell' assenza d' una diagnosi locale precisa o d'una diagnosi generale sicura, i sintomi generali divengono molto gravi, particolarmente quando l'acutezza visiva s' abbassa al punto che la cecità diviene imminente.

H. Tooth (di Londra), correlatore.

Le operazioni sul cranio sono ancora molto micidiali. Il loro pericolo è particolarmente grande quando si tratti di tumori del cervelletto e della regione vicina. Dopo tutti gl' interventi, si possono temere, durante le due settimane che seguono, lo shock, il collasso, la debolezza cardiaca e respiratoria. In un pericolo più tardivo, possono sopravvenire l' ernia del tumore, il coma, qualche volta l' astenia ed una emaciazione progressiva. Il nervo ottico, li-

berato dall' ipertensione, può ritrovare una funzione più o meno vicina alla normale, quando le sue fibre non siano degenerate; ma la sola ricomparsa della visione non può autorizzare un pronostico favorevole per l'avvenire.

Si possono distinguere, secondo la loro malignità, tre tipi di tumori: i più maligni sono alcuni gliomi, i sarcomi e i cacinomi. Alcuni altri gliomi, i fibro-gliomi, i papillomi, i tumori della ghiandola pituitaria formano un secondo gruppo di malignità media. La terza categoria, costituita dai tumori benigni, comprende i fibromi, le cisti semplici ed infine un piccolo numero di gliomi; questi ultimi tumori appartengono, come si vede, a tutti i gruppi.

Il chirurgo deve sempre pensare a un'operazione radicale, ma il successo dipende dalla natura e dalla sede del tumore; quindi, prima di tutto, deve fare un' esplorazione minuziosa e prudente, per fissare, quanto più sia possibile, i caratteri della neoplasia.

I tumori incapsulati, non infiltranti, e le cisti semplici debbono sempre essere asportati, e i risultati di queste operazioni curative sono fin d' ora dei più incoraggianti.

Nel corso dell' operazione e per esplorare il tumore è bene fare, anche prima d' incidere la dura madre, una puntura di ventricoli che ha spesso per effetto d' impedire la comparsa degli accidenti respiratori e cardiaci.

In un gran numero di casi il chirurgo non dovrà ricercare il tumore troppo profondamente, e, senza ledere la sostanza cerebrale, egli dovrà contentarsi di fare un'operazione decompressiva. Queste operazioni, a condizione d' esser fatte molto largamente e di non aprire la dura madre che in un secondo tempo praticato a una settimana d' intervallo, sono spesso utilissime per il malato. Se la craniectomia decompressiva è stata considerata finora assai mortifera, gli è che è stata praticata in tutti i casi d' intervento urgente in malati gravissimi.

Si è parlato di « decompressione a distanza », ma finora le operazioni che hanno potuta produrla sono state in generale praticate per un errore diagnostico, e quelle che sono state fatte co-

scientemente sono troppo scarse perchè se ne possono trarre delle conclusioni riguardo al valore reale.

Un certo numero di segni, se presenti, debbono menare ad operare senza indugio; essi sono: l'evoluzione acuta dei fenomeni, l'aumento rapido della pressione intracranica, la comparsa d'un semi-coma, il rilasciamento degli sfinteri, la comparsa di convulsioni e di paralisi progressive, la diminuzione precoce della vista.

Fra i segni che possono scusare un intervento meno urgente si possono citare lo sviluppo lento dei fenomeni dovuti all'ipertensione, l'assenza di fenomeui che possono indicare una localizzazione, l'assenza di disturbi della visione. In questi casi si farà soltanto un'operazione decompressiva quanto più sia possibile dal lato destro e nella regione parietale per evitare i centri del linguaggio.

Le indicazioni operatorie si ricavano in parte dalla sede e dalla natura dei tumori. I tumori profondamente situati non sono giustificabili d'un'operazione radicale, ma si possono, con un'operazione decompressiva, diminuire considerevolmente i disturbi ai quali essi dànno luogo. Le operazioni radicali sono sopra tutto indicate nei tumori della regione frontale e anche nei tumori temporali.

L'insuccesso che segue alle operazioni fatte contro certi tumori, come gli endoteliomi, e la forte mortalità delle operazioni tendono a rallentare lo zelo d'un buon numero di chirurgi. Si deve pertanto affermare che la mortalità diminuirà di molto e il prolungamento della vita aumenterà considerevolmente con gli sforzi perseveranti dei chirurgi.

G. Fiore. — *Corea del Sydenham e sifilide ereditaria.* — (Il Salvarsan nella cura della corea del Sydenham). Accademia medico-fisica di Firenze, seduta del 17 maggio 1913. Dalla « Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche ».

Nessun argomento nè diretto nè indiretto depone per l'eziologia eredo-sifilitica della corea del Sydenham e l'O. si crede autorizzato a concludere che tale teoria non può essere accettata nep-

pure come ipotesi. La corea minore rappresenta la sofferenza della funzione coordinatrice in evoluzione; la sua eziologia è varia, ma vi ha la parte preponderante il reumatismo. Non esclude che in qualche raro caso la sifilide ereditaria dei centri nervosi non possa dare origine a quadri clinici nei quali le manifestazioni coreiche abbiano la parte principale; normalmente però alla eredità sifilitica o parasifilitica si deve dare solo importanza di causa predisponente.

Però esistono sinora nella letteratura 33 casi di corea del Sydenham curati con le iniezioni intramuscolari o intravenose di *606*, e tutte parlano in favore di un simile trattamento. Nessun inconveniente fu notato, solo si constatò un passeggero aggravamento dei moti coreici subito dopo l'iniezione.

Gli effetti utili della cura parvero principalmente consistere nel rendere più breve la durata della malattia; nell'azione pronta sulle manifestazioni coreiche che furono viste diminuire anche dopo poche ore dall'iniezione; nell'azione insolitamente efficace in maniera che fu possibile dominare coree gravi già mostratesi ribelli alla cura arsenîcale e sedativa.

L'O. crede quindi che si debba ricorrere alle iniezioni di *606* nei casi gravi di corea, allorchè si richiede un'azione sollecita e straordinariamente efficace.

Aimê. — *La cura negli accessi convulsivi.* — « Congrés de Puy », Août, 1913.

L'A. ha constatato che l'associazione del bleu di metilene ai bromuri somministrata agli epilettici dà una maggiore tolleranza di quelli, una eliminazione più facile, soppressione delle eruzioni cutanee e possibilità di ridurre le dosi ordinariamente impiegate.

Non si è rilevata una diminuzione più rapida nel numero degli accessi, ma in compenso sembra che lo stato mentale degli ammalati migliori più facilmente.

Questo metodo viene a costituire una correzione del tratta-

mento classico ed è sperabile che ulteriori ricerche verranno a confermare l'utilità.

Questa comunicazione diede luogo ad una interessante discussione durante la quale Hanry ha ricordato che Billard utilizza da tempo il bleu di metilene per accrescere l'azione di certi medicamenti, particolarmente della cocaina, e che vari dentisti di Clermont utilizzano questa associazione medicamentosa mediante la quale è possibile diminuire la dose di cocaina necessaria per la anestesia dentaria.

Tribolet. — *Rimedi e metodi di cura nella corca del Sydenham.* — « La Clinique », anno 15°, n. 36.

L'A. si occupa del trattamento della corea acuta e dimostra che certi casi si sono avvantaggiati con un trattamento a base di impacchi umidi o al torace o generali.

Non si può nè preconizzare, nè trarre una regola generale per questo trattamento; esso va applicato secondo i casi, però è da ritenere più adatto per il periodo della convalescenza piuttosto che per il periodo di stato. In quanto ai bagni di luce, è indubitato che certi raggi luminosi (luce bleu) abbiano un' azione sedativa reale su qualche manifestazione di eccitamento nervoso.

Secondo gl'inglesi, sotto l'influenza di un isolamento dei coreici in bagno di luce bleu, i movimenti degli arti si calmano rapidamente, perdono della loro violenza e diminuiscono dopo ciascuna seduta.

La puntura lombare appare come un mezzo di intervento razionale nella corea; sebbene molti Autori fra cui il clinico di Torino si sieno compiaciuti per esser ricorsi a questo metodo di cura, pure l'A. crede di fare le più ampie riserve in proposito.

In quanto alle iniezioni intra-rachidee di soluzioni di solfato di magnesia e di cloruro di magnesia, preconizzate da Marinesco, se hanno dato qualche buon risultato, furono anche causa di vari disastri.

L'idroterapia, la ginnastica razionale, l'elettricità possono riuscire utili; ma talvolta inutili e anche nocive.

L'idroterapia col metodo degli impacchi è meglio applicabile nel periodo della convalescenza e solo in via eccezionale nel periodo di stato della malattia. Le doccie devono essere riservate a convalescenza conclamata. E su questo punto conviene insistere, perchè l'idroterapia applicata intempestivamente è stata funesta a gran numero di coreici, in quanto che aggrava abitualmente l'agitazione e nelle coree di origine reumatica possono provocare una crisi di poliartrite e una consecutiva endocardite. Ciò vale naturalmente per l'applicazione dell' idroterapia fredda, mentre quella calda si dimostra sempre favorevole.

La ginnastica serve alla rieducazione della coordinazione dei movimenti. Questa pure va applicata nella convalescenza. Per rieducare un soggetto, per condurlo ad un automatismo funzionale migliore e poi normale, la ginnastica deve esser ridotta a qualche pratica passiva: marcia, movimenti semplici e facili, evitando, specie da principio, qualunque sforzo. Solo a poco a poco si faranno compiere dei movimenti complicati i quali esigono un poco di sforzo e di attenzione.

L' elettricità non deve assolutamente intervenire nella cura della corea nel periodo di stato. La corrente continua, le correnti ad alta frequenza, il bagno elettrico possono trovare la loro indicazione nella convalescenza. Anche qui dunque si esige la massima oculatezza da parte del medico che deve sapere precisare l' epoca più favorevole per cominciare il trattamento. È fuori di dubbio che in certe forme di coree l'uso della corrente faradica è pienamente giustificato.

Il massaggio pure è utile nella convalescenza. Da principio deve consistere in un massaggio dolce; si faranno compiere i movimenti di flessione, di estensione, di allungamento degli arti progressivamente, una vera ginnastica passiva, secondo un ritmo costante e senza violenza.

Concludendo, gli agenti terapeutici fisici non possono affrettare la convalescenza; al contrario l'aria, la luce, l'idroterapia, i

movimenti coordinati, l'elettricità possono aiutare fortemente una convalescenza già bene confermata della corea.

Chirurgia del cervello e del midollo spinale. — 42° Congresso di Chirurgia, Berlino, 26 marzo 1918.

Eiselberg (Vienna) relatore.

Espone la ricca statistica di casi di tumori cerebrali operati nella Clinica da lui diretta : 162 casi. Su 69 casi di tumori cerebrali in 20 casi la diagnosi non venne confermata all'operazione ; in 40 casi si eseguì l' estirpazione, in 9 si ebbe la morte (5 volte per meningite).

Nei tumori dell' ipofisi su 16 casi ebbe 4 casi di morte, 12 guarigioni o miglioramenti.

Tra i 33 operati per tumori del cervelletto 9 morirono dopo poco tempo dall' operazione ; 12 volte la diagnosi di tumore non venne confermata all' operazione e solo 8 volte confermata ; al contrario la diagnosi per tumori dell' acustico venne confermata in tutti i 17 casi ; 2 pazienti morirono dopo il primo tempo dell' operazione, 11 avevano un tumore grosso più di un uovo e di questi ne morirono 10; per diminuire i pericoli dello choc in tali casi è bene operare a *morcellement*.

In due casi di drenaggio del ventricolo si ebbe la morte, uno di questi per infezione sopravvenuta : si deve per ciò in avvenire dare la preferenza alla puntura del ventricolo secondo Bramann.

Per aumentare la coagulabilità del sangue l' A. impiega il lattato di calcio ; come mezzo disinfettante l' urotropina. Il primo tempo dell' operazione viene eseguito con anestesia locale, novocaina e adrenalina,

Frequentemente ha eseguito la plastica della dura madre con un lembo aponevrotico di fascia lata ; di 14 casi così trattati solo 2 morirono,

In 17 casi si ebbe una meningite, 4 volte per tumori del-

l' ipofisi che erano stati estirpati col processo Schloffer per via nasale; per choc e paralisi respiratoria morirono 29 ammalati. Questi pericoli possono diminuire con l'emostasi e il *morcellement* del tumore.

Insiste sull' importanza della diagnosi precoce, che permette di praticare un' operazione efficace se i risultati ottenuti non sono ancora eccellenti. Ricorda come nei tumori cerebrali il non operare è inumano.

Grillo U. e Maj E. (Udine, Manicomio Provinciale). — *Alcune esperienze terapeutiche nella pellagra con siero organo-mineralizzato, radio attivato,* del Dott. Jean Nicolaidi.

Già gli studi di Camurri sul ricambio dei pellagrosi avevano rilevato che il pellagroso è un soggetto demineralizzato; era quindi logico il pensare che le iniezioni di siero artificiale polimineralizzato radio attivo, proposta da Nicolaidi per la cura di questa malattia potessero o dovessero essere utili. Fu dunque bene che gli AA. si occupassero di questo argomento tanto più che da lungo tempo nel Manicomio di Udine, si andava applicando la sieroterapia fisiologica ai casi gravi di pellagra, con ottimi effetti; convinti che la pellagra è sopratutto una malattia da intossicazione.

L'iniezione del liquido è fatta con un apparecchio da ipodermoclisi, ben graduato, nella quantità di 25-50 cc. (adulti) per 5 giorni consecutivi e quindi, a completare la cura che dev' essere di 20 iniezioni, fare altre 15 iniezioni a giorni alterni. Per i bambini e le donne moderare convenientemente la dose (15 fino a 50).

Sulla scorta delle osservazioni fatte si può concludere:

Tutti i malati trattati col siero organo-mineralizzato radioattivato hanno presentato un notevole miglioramento, eccetto un caso di intossicazione mista (pellagra ed alcool) in cui prevalevano i fenomeni di delirium tremens ed in un caso con gravi fenomeni psichici.

Il fatto più saliente è la regolarizzazione dell'alvo. Lo stato di nutrizione ha in tutti notevolmente avvantaggiato, così pure i fenomeni soggettivi. Non furono modificati i riflessi. Non si può però asserire che la malattia sia stata vinta. *Riva.*

MEDICINA LEGALE

I deboli di mente nell'esercito.

Con i contingenti annuali sono molti i tarati dal punto di vista nevropatico e psicopatico che giungono nelle file dell' esercito. Secondo Simoni (Revue da Psychiatrie, n. 4, 1913), la maggior parte di costoro dovrebbe venire eliminata sia dalle truppe combattenti che dai servizi ausiliari in causa delle emozioni cui il servizio militare porge occasione e che vengono a complicare l'insufficienza precedente delle facoltà intellettuali conducendo questi individui quasi invariabilmente alla delinquenza militare.

L' A. considera specialmente pericolosi, da questo punto di vista, i discendenti di alcoolisti ed anche coloro che si sono dati all'alcoolismo in giovane età a cagione della loro deficienza congenita di sviluppo intellettuale e dell'abbandono in cui si sono venuti a trovare per la morte prematura dei genitori.

Anche gli epilettici dovrebbero essere scartati dal servizio militare.

Per alcuni deficienti si potrebbe tentare il servizio ma soltanto dopo una rigorosa perizia psichiatrica e sempre ove si tratti di individui docili, analfabeti, timidi, incapaci di reazioni e privi di istinti pericolosi. Sempre però dovrebbero essere tenuti sotto speciale sorveglianza del comandante e del medico del Reggimento specialmente per evitare ad essi il pericolo di funzioni intempestive che potrebbero determinare in essi degli stati depressivi con tendenza alla fuga e al suicidio, e per sottrarli ai pericoli dell' alcoolismo che

potrebbe risvegliare in essi reazioni violente impulsive. In certi casi di deficienti nostalgici basterà un mutamento di residenza per togliere lo stato depressivo e migliorarne la condotta.

Quando si tratta dell'esonero di un cittadino dal servizio militare è logico tener presente che lo Stato non ha alcun interesse a trattenere sotto le armi dei non valori fisici e psichici che possono anche costituire un grave ostacolo alla conservazione della disciplina che anche oggi, come nel passato, costituisce la forza principale degli eserciti.

Tanfani.

Dott. Pierret e Duhot. — *Caso di morte accidentale per soffocazione durante un accesso epilettico. Sua importanza Medico-legale.*

Gli A. hanno osservato un caso recente di morte durante un attacco epilettico.

Un uomo di 40 anni entra per nevralgie intercostali nella clinica del prof. Combenale; l'anamnesi registra che l' infermo va soggetto ad accessi epilettici; reazione di Wassermann negativa.

Dopo pochi giorni egli fu trovato morto: alle tre di mattina dormiva tranquillamen,e, come asserisce l' infermiere di guardia, alle cinque della stessa mattina fu trovato in posizione supina con membra in flessione esagerata, pollice in dentro, testa affondata nel guanciale il quale ne schiacciava il naso e otturava completamente la bocca da cui era colata della bava sanguinolenta. Il labbro inferiore presentava traccia di morsicatura. La rigidità cadaverica apparve in modo precoce.

All'autopsia fatta 30 ore dopo si constatò: Cianosi del volto accentuata sulle guancie intorno agli orecchi, e tinta livida alla superficie ventrale del corpo, più intensa sul torace ed addome, ed emorragie puntiformi a livello delle coscie. Emorragia puntiforme sulla pleura; polmoni congesti, cuore destro ripieno di sangue nero e fluido. Meningi iniettate, veruna lesione di emor-

ragia intra-cerebrale. Se ne concluse che la morte avvenne per asfissia.

Il caso presenta molto interesse dal punto di vista medico-legale; difatti un cadavere trovato nell'atteggiamento di cui sopra, con qualche lesione prodottasi nel periodo clonico, e perdita di sangue dalla bocca, sopra un letto tutto sconvolto può svegliare l'idea di una lotta sostenuta, e finita con la morte della vittima per compressione del viso contro al guanciale.

La diagnosi è difficile e solo può servir di guida: la contrattura caratteristica della mano (illustrata di recente innanzi a questa Società dal Viviani) e la morsicatura della lingua.

Persiani.

C. Gualdi, maggiore medico. — *Il tremore delle nevrosi traumatiche. Diagnosi del tremore simulato.*

L'incertezza che regna sulle lesioni anatomiche da cui queste forme dipendono e l'innegabile frequenza della simulazione (36 p. c. secondo Hoffuann e Schultze, solo il 4 p. m. secondo Oppenheim) rendono necessario al clinico di fondare, per quanto è possibile, le proprie deduzioni su segni obbiettivi; da ciò lo studio dei più eminenti neurologi di rilevare dalla complessa sindrome della nevrosi segni indipendenti dalla volontà dei pazienti, la cui presenza liberi il giudizio dall'immanente sospetto della frode.

I segni proposti costituiscono già una ricca messe. Esagerazione dei riflessi tendinei, ipereccitabilità meccanica dei nervi e dei muscoli, mioclonie, disturbi secretivi, trofici, vasomotori (Oppenheim). Restringimento del campo visivo (Charcot) variando le distanze (Schmidt Rimplev) o variando il tipo di spostamento (Förster) o misurando la rapidità con cui si ottiene l'ingrandimento di riposo al quale va soggetto il campo visivo nell'oscurità (Wilbrand). Probative ma non sicure: la glicosuria alimentare - la rapida fatica manifestata all'ergografo di Mosso, la rapida fatica mentale rilevata da una specie di calcoli semplici - ipereccitabilità galvanica dell'acustico (Polackl) ristagno provocato da due o tre

rapide rotazioni del corpo su se stesso (Purkinye). Vengono poi i più infidi disturbi di sensività, che più si prestano all' inganno, e meno sono conclusivi per il gran numero di affezioni da cui possono dipendere. La dimostrazione del dolore è un altro punto debole della medicina legale. Quì si hanno i due segni: della dilatazione pupillare alla compressione della zona dolorosa (Bechterew) e dell' acceleramento del polso alla stessa manovra (Lombroso - Manukopf). A questo proposito fa bene osservare il Raymond che questi segni venivano tutt' al più a provare l' anestesia, ma non a differenziare un dolore reale da uno simulato. Reazione miastenica, col metodo di Jolly: la maggior rapidità con cui si manifesta la stanchezza muscolare provocata da eccitazioni faradiche o galvaniche interrotte - col metodo di Flora: la minor durata ed irregolarità della contrazione tetanica provocata da forti eccitamenti elettrici.

Su questo sintomo la maggior parte degli autori è concorde: esso non ha significato particolare per le nevrosi traumatiche. Ultimo è il tremore,

Il Boeri ne parlò per primo nel XVI Congresso di medicina interna. L' A. ne ha ripreso lo studio ed è pervenuto a conclusioni non dissimili da quelle del Boeri.

Il tremore è un sintomo costante delle nevrosi: è un criterio elegante, facile e sicuro per la semeiotica delle malattie nervose e professionali, specialmente se obbiettivato nei grafici. L' A. si è proposto vari problemi al riguardo:

1°. La simulazione del tremore non è rara; come si può svelarla?

Alcuni accorgimenti furono già consigliati da vari neurologi. Seeligmüller pel tremore degli arti inferiori metteva il paziente coricato sul ventre e colle gambe flesse sulle coscie, e giudicava simulato il tremore se in questa posizione scompariva. Fuchs dichiarava simulato il tremore se scompariva in una delle mani mentre all' altra si facevano eseguire movimenti diversi come scriver lettere, segnare croci, curve ecc. Oppenheim fece però rilevare che in tali condizioni anche un tremore vero può scomparire per effetto della deviazione dell' attenzione, e che d' altra

parte l' individuo in esame può con l' esercizio arrivare a rendere indipendenti i movimenti delle due mani. Scarso valore deve anche attribuirsi all' effetto inibitario del tremore per mezzo di una potente scarica elettrica o di una forte impressione psichica, come pure alle irregolarità del respiro, del polso, della pressione sanguigna, o delle oscillazioni stesse del tremito, quando si sottoponga il fenomeno ad un esame prolungato; perchè tutti questi segni non sono che effetti fisiologici della fatica.

Migliore criterio è, come già aveva enunziato lo Chavigny, lo studio dei grafici del tremore.

1.° Il tremore vero ha caratteri propri costanti, peculiarii per ciascuna delle varie infermità, e conserva una rapidità di oscillazioni che nell' unità di tempo è sempre uguale a sè stessa. Moltiplicando i tracciati, si potrà sempre constatare che nel simulare il tremore ora è vibratorio, ora oscillatorio e sopratutto di variabile frequenza nelle oscillazioni;

2.° Nel tremore vero la frequenza delle oscillazioni è indipendente dalla loro ampiezza (Legge del Boeri). Orbene, nel tremore simulato si osserverà, che, dove le oscillazioni sono ampie, la frequenza è minore e dove le oscillazioni sono brevi la frequenza è maggiore. Cosicchè un tremogramma che dimostri variabilità della frequenza delle oscillazioni in rapporto inverso alla alla loro ampiezza ho un alto valore in favore della simulazione;

3.° Anche nel tremore vero l'ampiezza delle oscillazioni non è uniforme; però esse variano con un ritmo determinato: prima brevi, poi progressivamente maggiori, poi gradatamente minori; cosicchè nel tracciato si producono tanti *fusi* che si seguono regolarmente e che sono dovuti a vere scariche parossistiche del tremore. Nel tremore simulato i fusi mancano, o, se viene tentata la imitazione, la loro successione non è ne regolare nè decisa, ma quà accennata, là interrotta bruscamente, poi ripresa;

4.° Nelle nevrosi traumatiche in generale il tremore è generalizzato. Il simulatore invece non conserva questa generalizzazione perchè la cosa è difficile, ma tende a circoscriverlo ad una parte. Questo criterio non deve però essere accettato come dogma,

perchè può realmente avvenire che il trauma abbia determinato un' affezione localizzata, per compromissioni ad es. di un tronco nervoso ;

5.° Nel tremore simulato la stanchezza diminuisce la frequenza e l' ampiezza delle oscillazioni, mentre nel tremore vero la prima non si muta mai e la secondo ha tendenza ad aumentare (Boeri). L' A. invece è stato condotto dalle sue esperienze a riconoscere che la stanchezza sia nell'uno che nell' altro caso imprima ai grafici caratteri molto somiglianti ;

6.° L' A. ha immaginato un nuovo espediente per utilizzare il metodo grafico nella diagnosi del tremore simulato e ne ha ricavato risultati così sicuri che non esita a raccomandarlo.

« Distrae l' attenzione del soggetto nel momento in cui prende il tracciato del tremore, e si serve a tale scopo di un' addizione rapida di più cifre che il paziente deve eseguire mentre l' osservatore prende il grafico. Si tiene conto soltanto di quei tracciati durante i quali l' individuo in esame ha commesso il minor numero di errori.

« I risultati che si ottengono sono altamente dimostrativi. Mentre che il tremore vero non è che minimamente influenzato dal lavoro mentale comandato, nel tremore simulato si notano invece le più profonde modificazioni : talora il soggetto dimentica di tremare ed allora il tracciato segna una linea retta, oppure la linea retta è interrotta da brevi e rade oscillazioni che compaiono saltuariamente e senza ritmo ; si ha insomma un grafico così irregolare e frammentario che la sua artificiosità salta agli occhi. »

Occorre tener presente che lo stato della mentalità influisce sui caratteri del tremore simulato : i soggetti incolti e dediti a professioni manuali e faticose dànno grafici grossolani e spettacolosi ; le persone colte, ed intellettuali danno grafici più fini ed eleganti e di apparenza più onesta.

Naecke P. (Hubertusburg). — *Classificazione degli antisociali abituali e degli individui con senso morale più o meno difettoso.*

La classificazione di questi individui (esclusi naturalmente tutti gli alienati e i casi di immoralità episodica, p. es: nella pubertà) può esser fatta da diversi punti di vista. In precedenti lavori l' A. ha distinto, dal lato puramente sociale, gli amorali apatici e gli amorali attivi, i secondi naturalmente molto più pericolosi dei primi; dal lato clinico ha fatto quattro categorie: gli imbecilli di vario grado; i degenerati nel senso di Magnan; i ciclici o periodici; i casi puri (rarissimi) con deficienza dei soli sentimenti morali, senza lesioni della intelligenza.

In questa nota egli discute una classificazione puramente psicogenetica, basata sul grado di alterazione del senso morale; e riunisce in forma tabellare gli elementi diagnostici che possono servire a differenziare le varie forme.

Una prima categoria è data dagli immorali assoluti con aplasia del « centro morale ». I concetti morali non vengono nè concepiti nè compresi, forse possono venire appresi meccanicamente; il pentimento non é possibile. In generale si tratta di imbecilli di alto grado, può darsi, ma è dubbio, che questa aplasia morale, si possa sviluppare anche in individui con intelligenza non inferiore alla media. Il decorso è continuo, senza remissioni, l' educazione quasi impossibile. Dinanzi ai giudici ei deve sostenere la malattia mentale e l' irresponsabilità assoluta.

In un secondo gruppo sono riuniti gli individui con diminuzione ma non abolizione del senso morale. Questi individui possono concepire e comprendere la necessità delle leggi morali, ma l' ipertrofia dell' Io impedisce loro di regolarsi corrispondentemente. L' intelligenza può essere più o meno buona. In questo gruppo si possono distisguere tre sottogruppi: deficienza di struttura morale organica, cioè forma analoga alla aplasia morale, ma più lieve; la prognosi è migliore, l' educazione possibile; in genere si tratta

di imbecilli lievi: giuridicamente, responsabilità attenuata; deficienza morale da difetto di educazione, con costituzione morale buona; in genere in individui normali dal lato dell' intelligenza; educabilità possibile, quindi prognosi buona; giuridicamente responsabilità completa: dificienza morale per combinazione dei due fattori (costituzione ed educazione); quì si può arrivare fino alla irresponsabilità assoluta.

Finalmente si ha un terzo gruppo, caratterizzato da conservazione del senso morale e forte rimorso per il male commesso, ma nel qnale le azioni immorali possono derivare: da ipertrofia dei cattivi istinti, nel qual caso si può sperare in un miglioramento con l' età; da egoismo esagerato con deficienza di educazione adatta; da esistenza di impulsi incoercibili· Nel primo caso, si avrà responsabilità diminuita, nel secondo caso responsabilità completa, nel terzo quasi sempre irresponsabilità.

Sulla responsabilità dell' infanticida.

In materia d' infanticidio il codice zanardelliano fece un passo avanti: superò cioè, per senso umano, il codice sardo, perchè ammise la *causale dell' onore,* donde una pena attenuata: ma con questo si crede forse di rispettare l' unicuique suum? A parte il fatto - e si badi, grave - che non è ancora ammessa la ricerca della paternità, che il seduttore rimane sempre impunito, donde niun argine all' invadente fiumana della corruzione del territorio sopratutto del proletariato femminile, si chiede o perchè mai, in genere, i Presidenti delle Corti d' Assisi si rifiutano di proporre ai giurati la questione del vizio totale o parziale di mente dell' infanticida? Ah! essi invocano per il gran rifiuto, la causa dell' onore già contemplata dall' Art. 369 del codice penale, e che attenua la pena. Ebbene, il rifiuto lede l' nnicuique suum perchè la causa dell' onore se determinò una disgraziata giovane a sopprimere il frutto di un amore proibito non è sufficiente per sta-

bilire il valore psicologico del reato commesso e il grado di responsabilità dell' agente accusata.

La causa dell' onore non può essere equamente apprezzata, se (ed ecco la via per stabilire la responsabilità dell' infanticida) non si tiene in considerazione il perturbamento psichico, mentale che questa causa produsse nella donna. Certo la causa produce una pena relativamente mite, ma vi può essere pena per un infelice primipara, sola, abbandonata, la cui ragione fu offuscata, che tutto il suo organismo è morbosamente sconvolto?

The is the question, ma il problema ben di rado è sottoposto alle giurie popolari. Più di un P. M. grida, che l' articolo 369 e già umano solo assai parzialmente, e che la giustizia rigorosa, più assai per la pietà, impone per valutare la responsabilità dell' agente, che il giudice conosca, per mezzo del medico legale, tutti gli effetti della causale considerata dal citato articolo.

Lino Ferriani

Prof Möller. — *Disturbi psichici dopo colpi apoplettici e loro importanza medico-legale.* — « Archivio di Antropologia », 1912, pag. 212.

È difficile che gli apoplettici offendano il codice penale; tuttavia esistono numerosi esempi di delitti dipendenti dall'indebolimento dell'intelligenza e dell'inibizione e dall'aumento delle passioni ed eventualmente da allucinazioni e deliri. Si può osservare: lesioni, omicidio, furto, mendicità, esibizionismo, delitti di libidine vari, incendio doloso ecc.

L'imputabilità degli autori di questi delitti è varia a seconda del disturbo psichico secondario all'ictus e per il suo giudizio è molto importante lo studio del comportamento dell'accusato prima del colpo apoplettico. La capacità a testimoniare è di solito assai compromessa negli apoplettici, in relazione coll'indebolimento della memoria che è uno dei sintomi più costanti. Rispetto al Codice Civile si presenta spesso il quesito della nullità di affari conclusi,

quello dell'incapacità civile, quello dell'annullamento di matrimonio, e particolarmente quello della validità di testamenti.

Per tutti questi quesiti importa soprattutto il giudizio sulle facoltà intellettive e volitive del paziente. Spesso trattandosi specialmente di testamenti, il giudizio medico deve esser fatto dopo morte e può urtare contro difficoltà insormontabili. Una questione assai importante è quella delle relazioni tra afasia e capacità civile. L'afasia non esclude di per sè la capacità a condurre i propri affari ed a far testamento ; è tuttavia evidente che, a parte i disturbi intellettivi, individui afasici che non possono parlare, nè scrivere non possono far testamento poichè il testamento per segni non è valido. In ammalati con afasia sensoria completa, i quali non possono parlare nè scrivere spontaneamente, si può immaginare il caso di un testamento copiato di mano del paziente, senza comprensione del contenuto. Questo caso completo non si è mai presentato e si hanno sempre fenomeni parziali il cui giudizio va fatto volta per volta. R.

NOTIZIE

quello dell'incapacità civile, quello dell'annullamento di matrimonio, e particolarmente quello della validità di testamenti.

Per tutti questi quesiti importa soprattutto il giudizio sulle facoltà intellettive e volitive del paziente. Spesso trattandosi specialmente di testamenti, il giudizio medico deve esser fatto dopo morte e può urtare contro difficoltà insormontabili. Una questione assai importante è quella delle relazioni tra afasia e capacità civile. L'afasia non esclude di per sè la capacità a condurre i propri affari ed a far testamento ; è tuttavia evidente che, a parte i disturbi intellettivi, individui afasici che non possono parlare, nè scrivere non possono far testamento poichè il testamento per segni non è valido. In ammalati con afasia sensoria completa, i quali non possono parlare nè scrivere spontaneamente, si può immaginare il caso di un testamento copiato di mano del paziente, senza comprensione del contenuto. Questo caso completo non si è mai presentato e si hanno sempre fenomeni parziali il cui giudizio va fatto volta per volta. R.

NOTIZIE

Società d'Antropologia, Sociologia e Diritto criminale. Adesioni. Data e Programma del 1°. Convegno.

Il 1°. Convegno della Società d'Antropologia, Sociologia e Diritto criminale, non potè tenersi in autunno, secondo la primitiva intenzione, a causa del movimento per le elezioni generali politiche, chè impegnava la più gran parte dei soci, a cominciare dai magistrati d'ogni grado, su cui gravò per la nuova legge elettorale tanta somma di lavoro e di responsabilità.

Il Consiglio direttivo della Società — provvisoriamente costituito dal direttore Enrico Ferri e dai docenti della Scuola d' Applicazione giuridico criminale presso l'Università di Roma — si adunava il 16 dicembre, per determinare la sede, la data e il Programma. Presenti Enrico Ferri e i Signori Professori Salvatore Ottolenghi, Sante Desanctis, Alfredo Niceforo, Silvio Longhi, Augusto Giannelli, Filippo Grispigni, Sergio Sergi, Attilio Ascarelli, Bruno Franchi docente segretario, è stato deciso che il 1°. Convegno abbia luogo in Roma, Via Staderari 19 (locali della Scuola d'Applicazione giuridico-criminale), nei giorni 17, 18, 19 aprile 1914 che sono gli ultimi giorni delle vacanze universitarie di Pasqua (le quali vanno dal 1°. al 19 aprile, e la Pasqua è il 12).

Per il programma sono stati determinati i seguenti argomenti:

1° Costituzione definitiva della Società, e rapporti con l'Unione Internazionale di Diritto Penale, anche in relazione al voto del Congresso internazionale dell'Unione a Kopenhagen, col quale

si esprimeva il desiderio di tenere a Roma nel 1915 il prossimo Congresso (1).

2° Garanzie dell' individuo e della famiglia nelle segregazione a tempo indeterminato negli Stabilimenti carcerari e manicomi criminali, e nei manicomi comuni.

3° Le applicazioni dell'Antropologia criminale nella prevenzione di polizia.

4° La personalità del giudicabile del nuovo Codice di procedura penale.

5° Nomina delle cariche, e sede del secondo Convegno.

È stato altresì deliberato che al Convegno parteciperanno soltanto i soci regolarmente inscritti ; per il che, sciogliendo la riserva fatta nella Circolare costitutiva della società, il Consiglio Direttivo prega gli aderenti di spedire la quota di associazione nella circolare stessa indicata (lire 5), ciò che molti hanno già fatto, malgrado quella riserva, allorchè mandarono la loro adesione alla costituzione della Società. E coloro che intendono partecipare al Convegno sono pregati di mandare la tassa d' iscrizione relativa, in L. 10.

Le cartoline-vaglia, le eventuali nuove adesioni, e qualsiasi comunicazione concernente la Società o il Convegno, debbono essere spedite a un unico indirizzo, che è il seguente : Prof. *Attilio Ascarelli*, Via Staderari 19, Roma, senza altre indicazioni, le quali potrebbero causare disguidi o ritardi.

Il convegno assumerà speciale rilievo, in mezzo a tanto fervore di attività legislativa è di attività scientifica, che nelle nostre materie mai da tanti anni erano state così vive come lo sono presentemente.

Ne dà garanzia lo stesso successo della costituzione della Società, alla quale hanno mandato la loro adesione — oltre all'Associazione Nazionale dei magistrati — Oronzo Quarta, Lodovico

---

(1) Cfr. Raffaele Garofalo, Resoconto del Congresso di Kopenhagen, ed Enrico Ferri, Postilla, insc. Pos. novembre 1913, pag. 1011.

Mortara, Raffaele Garofalo, rispettivamente primo presidente, procuratore generale e Presidente di Sez. alla Corte di Cassazione di Roma; i biologi Leonardo Bianchi, Enrico Morselli, Augusto Tamburini, G. Mingazzini, Gina Lombroso Ferrero, Mario Carrara, Perrando, Cesare Biondi, Mirto, Luigi M. Bossi, M. L. Patrizi, Filippo Saporito, Zuccarelli. Cesare Agostini, Giulio Cesare Ferrari, Giulio Ferreri, G. Marro, Cosimo Binda, De Crecchio, Tomellini; i giuristi Eugenio Florian e Adolfo Zerboglio, direttori della Rivista di diritto e procedura penale, Luigi Majno, Pietro Lanza, Giovanni Lombardi, Alfredo Pozzolini, Guglielmo Sabatini, Francesco De Luca, Giovanni Amellino, G. B. De Mauro, Gennaro Escobedo direttore Giustizia Penale, Guido Cavaglieri direttore della Rivista di Sociologia, Francesco Gorgoni, direttore del Corriere Giudiziario; glì onorevoli Giustini Fortunato, Francesco Aguglia, Giuseppe Pescetti, Pasquale Materi, Mario Cavallari, Mario Magliano, Dante Veroni.

Significativo è poi certamente, come lievito di profonde riforme all'ordinamento e funzionamento della prevenzione e repressione penale, il gran numero di adesioni pervenute da avvocati pratici, da funzionari delle Carceri e dei Riformatori, con alla testa il loro antico direttore generale, Alessandro Doria, ora consigliere di Stato e da funzionari di polizia giudiziaria, senza dire dei magistrati tra i quali ricordiamo ancora Augusto Setti, procuratore generale della Corte d'appello di Genova, Antonio Raimondi e Aristo Mortara, presidenti d'Appello, Giovanni Baviera, giudice alla Corte mista del Cairo, Raffaele Calabrese, Raffaele De Notaristefani, Adalgiso Ravizza, avvocato del Governo all' Asmara, Raffaele Maietti ecc.

Altre adesioni, imprevedute, giunsero anche da parte di abbonati della Scuola positiva all'estero, per il fatto della pubblicazione della circolare in questa Rivista. Ricordiamo ad esempio quelle dei professori di diritto penale Bandella dell' Università di Rio Janeiro, Pedro Dorado di Salamanca, Rodolfo Rivarola de La Plata, Fernando Ortiz dell' Havana, Caeiro Da Matta di Coimbra, dei magistrati Bartolomino dalla Prussia, D'Almeida Ribeiro da

Lisbona, del dottor De Paula Perera, direttore-medico della Penitenciaria di Nieteray, nello Stato di Rio Janeiro.

Il Consiglio direttivo della Società — mentre anche ringrazia le Riviste che riprodussero adesivamente dalla circolare di Enrico Ferri i motivi onde la Società si costituiva — ha infine deliberato di richiamare i termini della circolare stessa, affinchè ne giunga esatta notizia a tutti coloro a cui essa non fu spedita per ignorarsi o non aversi presenti le opinioni scientifiche dei destinatarii, o per involontaria omissione, o per difetto di sicuro indirizzo postale.

La circolare, redatta e firmata da Enrico Ferri, discussa e approvata con talune modificazioni nell' adunanza del 19 maggio dai docenti della Scuola d' applicazione giuridico - criminale, dava ragione nel seguente testo definitivo della finalità e del carattere della Società.

« La diffusione delle osservazioni, conclusioni e proposte della Scuola criminale positiva si è andata facendo sempre maggiore, specie negli ultimi anni, per la maturazione dei germi teorici e pratici, sparsi durante un trentennio di lavoro e di propaganda scientifica, dopo la gloriosa iniziativa di Cesare Lombroso.

« Gli ammaestramenti dell' esperienza, in ogni paese civile, per l' aumento della criminalità specialmente tra i minorenni e le donne, e per la manifestazione di forme feroci e terribilmente ciniche di delinquenza sanguinaria o fraudolenta, hanno pure confermata e diffusa la persuasione che i sistemi penali suggeriti dalle astrazioni dottrinarie non valgono nè a prevenire nè a reprimere la criminalità.

« Per questo, in ogni paese civile, si sono venute applicando non poche leggi penali inspirate al metodo e alle conclusioni della scuola positiva, ma frammentarie ed empiriche e male innestate sul tronco delle tradizioni metafisiche. Onde la legge sulla condanna condizionale come quella sulla segregazione indeterminata dei delinquenti recidivi, o sui tribunali o stabilimenti speciali per minorenni, per vagabondi, per anormali, ecc., nonchè le proposte di così dette « leggi del perdono », « pene morali » ecc., non hanno sufficiente-

mente corrisposto alle necessità di una difesa sociale più efficace per gli onesti e più umana per i condannati.

« Per coordinare le tendenze diffuse e gli sforzi isolati, che nel campo scientifico, legislativo, amministrativo, si vanno ora affermando, crediamo utile ed opportuno istituire una Società di Antropologia, sociologica e diritto criminale.

« All' estero un esempio analogo di solidarietà scientifica e di pratica influenza sull'opera legislativa si ha, da molti anni, nella Unione Internazionale di diritto penale, diretta dai fondatori A. Prins. G. A. Van Hamel, F. von Liszt, e distinta in gruppi nazionali, che periodicamente si riuniscono a congresso, agitando e formando la pubblica opinione su concreti ed urgenti problemi di giustizia penale positiva.

« In Italia le particolari condizioni scientifiche non hanno mai consentito la formazione di un gruppo nazionale di quella unione Internazionale, sopratutto perchè le conclusioni e proposte della scuola criminale positiva sono più avanzate e più radicalmente metodiche di quelle sostenute dall' Unione Internazionale, mentre molti rappresentanti ufficiali della scienza criminale del nostro paese, lasciate le teorie assolute della scuola classica, sostengono già, in gran parte, l' indirizzo e le proposte di parziale riforma, che sono la caratteristica di quella Unione Internazionale.

« Siccome però le benemerenze teoriche e pratiche di questa non sono contestabili, penso che la proposta nostra Società mentre corrisponderà meglio al momento attuale della scienza e della pratica, in Italia, potrà tuttavia aderire e cooperare colla Unione Internazionale nel movimento contemporaneo di riforme così nell' ordinamento giudiziario come nel diritto penale (sostanziale e formale), come negli istituti di prevenzione e di repressione.

« Per queste ragioni, Le chiediamo di aderire alla costituenda Società, col sottoscrivere ai criteri fondamentali il consenso nei quali è necessario per dare coesione ed efficacia all' opera comune.

Lisbona, del dottor De Paula Perera, direttore-medico della Penitenciaria di Nieteray, nello Stato di Rio Janeiro.

Il Consiglio direttivo della Società — mentre anche ringrazia le Riviste che riprodussero adesivamente dalla circolare di Enrico Ferri i motivi onde la Società si costituiva — ha infine deliberato di richiamare i termini della circolare stessa, affinchè ne giunga esatta notizia a tutti coloro a cui essa non fu spedita per ignorarsi o non aversi presenti le opinioni scientifiche dei destinatarii, o per involontaria omissione, o per difetto di sicuro indirizzo postale.

La circolare, redatta e firmata da Enrico Ferri, discussa e approvata con talune modificazioni nell' adunanza del 19 maggio dai docenti della Scuola d' applicazione giuridico - criminale, dava ragione nel seguente testo definitivo della finalità e del carattere della Società.

« La diffusione delle osservazioni, conclusioni e proposte della Scuola criminale positiva si è andata facendo sempre maggiore, specie negli ultimi anni, per la maturazione dei germi teorici e pratici, sparsi durante un trentennio di lavoro e di propaganda scientifica, dopo la gloriosa iniziativa di Cesare Lombroso.

« Gli ammaestramenti dell' esperienza, in ogni paese civile, per l' aumento della criminalità specialmente tra i minorenni e le donne, e per la manifestazione di forme feroci e terribilmente ciniche di delinquenza sanguinaria o fraudolenta, hanno pure confermata e diffusa la persuasione che i sistemi penali suggeriti dalle astrazioni dottrinarie non valgono nè a prevenire nè a reprimere la criminalità.

« Per questo, in ogni paese civile, si sono venute applicando non poche leggi penali inspirate al metodo e alle conclusioni della scuola positiva, ma frammentarie ed empiriche e male innestate sul tronco delle tradizioni metafisiche. Onde la legge sulla condanna condizionale come quella sulla segregazione indeterminata dei delinquenti recidivi, o sui tribunali o stabilimenti speciali per minorenni, per vagabondi, per anormali, ecc., nonchè le proposte di così dette « leggi del perdono », « pene morali » ecc., non hanno sufficiente-

mente corrisposto alle necessità di una difesa sociale più efficace per gli onesti e più umana per i condannati.

« Per coordinare le tendenze diffuse e gli sforzi isolati, che nel campo scientifico, legislativo, amministrativo, si vanno ora affermando, crediamo utile ed opportuno istituire una Società di Antropologia, sociologica e diritto criminale.

« All' estero un esempio analogo di solidarietà scientifica e di pratica influenza sull'opera legislativa si ha, da molti anni, nella Unione Internazionale di diritto penale, diretta dai fondatori A. Prins. G. A. Van Hamel, F. von Liszt, e distinta in gruppi nazionali, che periodicamente si riuniscono a congresso, agitando e formando la pubblica opinione su concreti ed urgenti problemi di giustizia penale positiva.

« In Italia le particolari condizioni scientifiche non hanno mai consentito la formazione di un gruppo nazionale di quella unione Internazionale, sopratutto perchè le conclusioni e proposte della scuola criminale positiva sono più avanzate e più radicalmente metodiche di quelle sostenute dall' Unione Internazionale, mentre molti rappresentanti ufficiali della scienza criminale del nostro paese, lasciate le teorie assolute della scuola classica, sostengono già, in gran parte, l' indirizzo e le proposte di parziale riforma, che sono la caratteristica di quella Unione Internazionale.

« Siccome però le benemerenze teoriche e pratiche di questa non sono contestabili, penso che la proposta nostra Società mentre corrisponderà meglio al momento attuale della scienza e della pratica, in Italia, potrà tuttavia aderire e cooperare colla Unione Internazionale nel movimento contemporaneo di riforme così nell' ordinamento giudiziario come nel diritto penale (sostanziale e formale), come negli istituti di prevenzione e di repressione.

« Per queste ragioni, Le chiediamo di aderire alla costituenda Società, col sottoscrivere ai criteri fondamentali il consenso nei quali è necessario per dare coesione ed efficacia all' opera comune.

» Questi criteri sono:

« 1. — Il delitto è da ritenersi l' effetto di condizioni somato - psichiche dell' individuo (congenite od acquisite, permanenti o transitorie) sotto l' influenza delle condizioni di ambiente fisico e sociale.

« 2. — Tutti i delinquenti sono soggetti a sansioni di difesa sociale per i loro atti, quali che siano le loro personali condizioni di età, sesso, salute fisica o pisichica, ecc.

« 3. — La difesa sociale contro la criminalità si deve attuare con norme giuridiche, che regolino i provvedimenti di prevenzione e di repressione adatti alle condizioni individuali dei delinquenti ».

Tutti coloro ai quali, per una od altra delle dette cagioni, non potemmo mandare questa circolare, ma che intendono di aderire alla Società, sono pregati di fare espressa menzione della loro concordanza in questi tre criteri programmatici, che sono stati formulati e posti, similmente a quanto per il proprio programma scientifico e legislativo ha sempre fatto l' Unione Internazionale di diritto penale.

Daremo ulteriormente notizia delle facilitazioni accordate ai soci inscritti al primo Convegno, e dei festeggiamenti che per tale circostanza stanno preparandosi.

(Dalla *Scuola Positiva*).

XXII Congresso dei medici alienisti e neurologi di Francia e dei paesi di lingua francese.

Relazione del Prof. Regis e del Dott. Reboul. Tunisi, Aprile 1912.

Questa relazione è di un grandissimo interessamento scientifico, e sopratutto pratico, e non meno per noi che per la Francia, ora che il nostro paese ha conquistato una cosi vasta colonia alla quale deve provvedere anche per questo lato; interessante pure per la medicina militare, come l'esperienza di quest' anno di guerra ha largamente dimostrato. — La relazione, assai volumi-

nosa, e di indole ufficiosa, si occupa con molti dettagli, nella sua 1ª parte, del lato storico, e delle condizioni attuali dell'assistenza degli alienati nelle colonie francesi, con i confronti alle colonie straniere : per questo lato a noi, ancora all'inizio della colonizzazione libica, interessa conoscere che, fra dette colonie francesi, alcune — di data recente — non hanno ancora studiato tale problema, ed altre hanno invano cercato di risolverlo radicalmente, sicchè si trovano ora — in genere — istallazioni locali provvisorie e poco congrue, oppure — ed è peggio — si provvede col dannoso rimpatrio degli alienati. Invece l'Olanda, e sopratutto l' Inghilterra, hanno mirabilmente provveduto, e molti asili coloniali sono dei veri modelli del genere : l' Inghilterra ne possiede 74 nelle sue colonie, con una organizzazione sanitaria perfetta ; la sola Australia ne ha 26 oltre alle case di salute private. L'Algeria non ne possiede, e gli alienati purtroppo sono trasportati nei manicomi della Francia del Sud ; nella Tunisia gli indigeni, sono accolti in piccolo numero, in un asilo per malati e mendicanti, gli europei in un padiglione dell'ospedale francese, aperto l'anno scorso e capace soltanto di 25 posti ; i francesi sono trasportati a Marsiglia, nell'asilo di S. Pierre, che dispone a tale scopo di soli 13 posti. Peggio per altre colonie ; nel Marocco i pazzi vivono in libertà, o nelle carceri, taluni anche con il collare di ferro ; i senegalesi muoiono a Marsiglia nella quota di 75 per cento, di cui il 50 % per tubercolosi ; nell' Indo-Cina, per 18 milioni di abitanti, non vi ha un asilo, e i pazzi europei sono accolti nei locali di sicurezza dei 5 grandi ospedali, insieme ai detenuti, e poi rimpatriati, ecc.; soltanto nel Madagascar funziona benissimo un asilo di 100 letti, sotto la direzione di un medico maggiore coloniale, ed alcuni anche nella Guadalupa, Riunione e Martinica.

Tali deficienze dipendono dal perchè autorità e burocrazia pensano sia scarso il numero degli alienati fra gli indigeni (tratte in errore dalle credenze primitive, che cioè i pazzi siano degli ispirati — santoni e marabutti — ciò che produce una scarsissima sensibilità sociale verso la pazzia, secondo Tamburini). Invece le cifre sono eloquenti al riguardo, facendoci vedere come in

Algeria fossero 588 nel 1884 (i ricoverati) e ben 1228 nel 1909, mentre la cifra totale dei pazzi si aggira sui 4000 (!); per la Tunisia si calcola un fabbisogno di circa 300 letti; nel Marocco gli alienati pare siano circa 15 mila (!), ecc. È un grave errore, dicono i due relatori, credere che la pazzia sia rara fra gli indigeni; mentre i casi di essa aumentano man mano si ricercano, meglio studiando da vicino vita e costumi di essi (e man mano essi si danno all'alcoolismo importato dalla civiltà!); ma poi c'è la categoria degli europei civili, i quali nelle colonie sono esposti alle turbe nervose e mentali, per lo più d'origine tossi-infettiva, a decorso acuto specialmente nei primi tempi dell' acclimatamento (fatiche, calore, cattivo nutrimento, privazioni, disagi morali ecc.); inoltre vi è la categoria dei militari, per cui — secondo i rapporti degli ufficiali medici delle colonie — fra le truppe coloniali la pazzia è tre volte più frequente nell'elemento europeo che nell' indigeno, e in quello la quota (1.76 p. 1000) è superiore non solo alla media dell'esercito metropolitano, ma anche alla media dei battaglioni d'Africa e delle carceri, penitenziari ed ergastoli, inferiore soltanto alla media dei disciplinari e delle legioni straniere (alcoolismo e sopratutto anomalie costituzionali fra il numero dei volontari, déclassés) (in media sono rimpatriati 50 militari pazzi ogni anno); ed infine c' è la 3ª categoria dei penitenziari coloniali, nei quali permane circa il 2 per cento di alienati, oltre ad altri gruppi di irresponsabili.

Quindi il programma da realizzare è quello: 1° di formare psichiatri coloniali, civili e militari (in parte ciò comincia a farsi per gli allievi della scuola di Sanità militare di Bordeaux, e per i medici che optarono per la marina nella scuola di applicazione di Tolone (2°); 2° di fare una legislazione per gli alienati delle colonie, sul tipo di quella patria; 3° di creare degli stabilimenti di osservazione e di cura per gli alienati suddetti, a forma mista ed internazionale (camere d'isolamento e piccoli padiglioni nei vari ospedali dell'interno — servizi di prima linea — e veri asili nei centri strategici, essenzialmente a tipo agricolo, con bene adatti infermieri, indigeni ed europei); 4° di abolire assolutamente il rimpatrio, e il trasporto dei pazzi indigeni nella metropoli: gli europei

con psicosi acute debbono essere immediatamente curati sul posto, e non comprometterne la salute, o anche la vita, con un viaggio sempre penoso e disagiato (date le loro condizioni mentali); mentre possono essere rimpatriati quelli con psicosi croniche (quando è cessato l'episodio acuto), ma con mezzi opportuni e adattandovi locali speciali sui bastimenti (infermeria, ecc.); gli indigeni non debbono assolutamente esser mossi: « non è affatto umano strappare al loro paese, alle loro famiglie, ai loro costumi dei disgraziati privi di ragione, i quali, convogliati miseramente in traversate più o meno lunghe e penose, vengono a soccombere in asili in cui essi non ritrovano nè il loro clima, nè il loro nutrimento, nè il loro modo di vestire, nè la loro religione, nè la loro lingua, ed in cui la maggior parte finisce col morire di tubercolosi »; 5° di bene assicurare *l'assistenza degli alienati delle truppe coloniali,* per i quali s'impongono provvedimenti speciali in modo che essi — nelle psicosi acute – possano subito essere curati (ed osservati) nel posto, usando i diversi stabilimenti di prima linea, suaccennati, tanto più che molti di essi rientrano nelle file (da noi, invece, pochissimi, per esempio in seguito ad alcoolismo acuto), mentre solo i cronici saranno rimpatriati; inoltre, in seguito all'esempio della Russia (e in parte anche nostro), diviene necessario, in previsione di una guerra coloniale, regolare preventivamente l'assistenza psichiatrica dell'esercito in campagna, e la stessa cosa deve essere studiata per una possibile guerra continentale; 6° di fare una lotta efficace, preventiva, contro le psicosi coloniali (igiene e profilassi generale), sopratutto contro l'alcoolismo, più grave ancora della malaria e della tripanosomiasi per le stesse colonie tropicali; e, inoltre, diffondere tra gli indigeni la nozione del vantaggio di una cura medica dei pazzi, combattendone i pregiudizi dannosi, e procedere ad una scelta rigorosa preventiva dei funzionari coloniali, civili e militari, psichica oltre che fisica, per selezionare i predisposti e gli squilibrati, che viceversa in gran numero vi sono attratti, e chiedono di andare.

Il Congresso ha accettato entusiasticamente queste proposte e le ha trasformate in voti da trasmettere al Governo; i medici belgi li hanno fatti propri.

Nella discussione del Congresso, due cose assunsero speciale importanza, da essere qui ricordate, anche perchè relative a due ufficiali medici: 1° il medico maggiore delle truppe coloniali, dottor Cazenove, parlò della necessità di abbordare lo studio della patologia mentale delle colonie dal triplice punto di vista individuale, generale e collettivo, inquantochè sulla base essenzialmente mistica, sorge facilmente un delirio collettivo (licantropia, demonopatia), e già delle società segrete si riuniscono per celebrare cerimonie simili ai baccanali ed alle orgie antiche, e praticano il culto fallico e l'omosessualità rituale; 2° il dott. Simonin, professore di medicina legale a Val-de-Grâce, parlò dottamente della necessità di assicurare una buona assistenza psichiatrica nei corpi di spedizione per le colonie, ricordando la frequenza di episodi psicopatici acuti in guerra, ben curabili coll'isolamento e col riposo, senza bisogno di rimpatrio ed isolabili sul posto, in ambulanze immobilizzate, o sotto tende a parte, come per i contagiosi, per lo più stati confusionali depressivi, più frequenti nei predisposti, derivanti o dalle emozioni multiple della guerra — psicosi da *choc* — o da auto-intossicazioni per strapazzi o per insufficienza (o incongruenza) alimentare (psicosi da *esaurimento*); invece saranno convenientemente trasportati, e poi rimpatriati, gli alienati delle psicosi caratterizzate (demenza precoce, paralisi generale, ecc.) sviluppatesi sotto l'influenza della guerra. E poichè conviene estendere e generalizzare questo problema è necessario, in previsione di una mobilitazione parziale o generale, pensare alla formazione di bene adatto personale, anche servendosi di quello dei manicomi e case di salute, censito ed inquadrato già fin dal tempo di pace, provandone i modi e i posti d'impiego, onde non essere presi alla sprovvista, come accadde ai russi, da una massa di casi di pazzia acuta, provocante le più gravi difficoltà nelle formazioni sanitarie e nelle linee di sgombero.

La lotta contro l'alcoolismo in Svezia.

Nella prima metà del secolo scorso, la Svezia e Norvegia erano i paesi più dati all'alcoolismo con un consumo di quindici e più litri di alcool puro a testa. Oggi, dopo fiere lotte intraprese da iniziative private e collettive, sostenute poi validamente dal Parlamento e dal Governo, quei paesi sono diventati i più sobri del mondo ; solo la Filandia, se non erriamo li supera.

Recentemente il Parlamento svedese ha deciso di avocare a sè tutti i proventi provinciali e comunali delle tasse e benefici provenienti dal traffico dell'alcool.

Questa legge aggiungerà 30 milioni al suo bilancio. Con questa misura finanziaria egli intende formarsi un fondo di riserva per il tempo non lontano in cui, a forza di misure legislative per intralciare la fabbricazione e la vendita degli alcoolici, si giungerà ad una reale proibizione. Il fondo, che d'anno in anno andrà aumentando, permetterà di superare la crisi, senza scosse per la finanza dello Stato.

Le onoranze a Leonardo Bianchi.

L'anno corrente nell'aula magna dell'Ateneo Napoletano ebbe luogo la solenne cerimonia per le onoranze a Leonardo Bianchi, in occasione del suo 25° anniversario d'insegnamento universitario. Erano presenti il ministro dell'istruzione on. Credaro, il corpo accademico e molte autorità.

Il rettore Cocchia pronunziò un elevato e applauditissimo discorso, illustrando l'alta figura morale di Leonardo Bianchi, e la sua opera scientifica e politica.

Parlò poi l'on. Credaro, che recò la partecipazione del Governo alle onoranze e lumeggiò i meriti scientifici del Bianchi e il prezioso contributo portato alla riforma universitaria *da chi ebbe sempre una visione serena e austera di alti doveri verso la patria*

e l'umanità. Seguirono con elevati discorsi i professori Tamburini e Miranda, l'assessore Dolce per il Sindaco, il prof. D'Abundo, l'avv. Sansone per la Corda Fratres, il prof. Mingazzini, il sig. Colella e numerosi studenti.

L'on. Bianchi rispose commosso dicendo con l'usata modestia che la festa era simbolica, non diretta alla sua persona, ma alla scienza che egli fervidamente coltiva. Il discorso dell'on. Bianchi venne coperto da grandi ovazioni.

Pervennero all'on. Bianchi numerosi telegrammi dall'estero e dalle università italiane.

Il Presidente del Consiglio ha così telegrafato:

« Nel felicitarmi con te per l'omaggio che oggi viene tributato dalle università italiane alla tua luminosa carriera scientifica e nell'esprimerti i più fervidi e cordiali saluti, sono lieto di annunziarti che in tale circostanza S. M. il Re si è compiaciuto nominarti di motu proprio Grande Cordone dell'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro. Saluti affettuosissimi — Giolitti ».

Al Leonardo Bianchi vennero offerti: un grosso medaglione d'oro, opera del celebrato scultore siciliano Antonio Ugo, una pergamena della clinica neuro-patologica dell'Università di Roma con dediche di lingua latina ed un'altra della clinica psichiatrica e neuropatologica dell'Università di Catania.

Un grosso volume di lavori originali di allievi e di stimatori del prof. Bianchi edito con grande lusso dal Giannotta di Catania e rilegato artisticamente con marocchino e con fregi e targa d'oro stile rinascimento.

Ad un banchetto in onore dell'on. Bianchi intervennero il ministro Credaro, il corpo accademico e le autorità.

Anche il nostro Direttore che ha collaborato nel volume, a suo nome e di tutti i Sanitarii inviò un saluto augurale al maestro che onora colla sua mente geniale e collo studio indefesso la scienza neurologica e psichiatrica italiana.

Figli di alcoolisti.

Una commissione di scienziati incaricata dal Governo tedesco di stabilire un confronto tra i figli di genitori notoriamente alcoolici e quelli di gente che non eccede mai nel bere, ha fatto esaurienti osservazioni su ugual numero di famiglie di ciascuna delle due categorie. Essa constatò che la proporzione delle morti nel primo mese di vita è del 43 % pei figli di ubbriaconi e dell' 8 % per gli altri. Inoltre fra la prole degli alcoolici si trova il 10 % d' idioti, l' 8 % di epilettici, e l' 8 % di nani. Finalmente di tali fanciulli, solo il 17 % arriva allo sviluppo normale dell' intelligenza.

Il primo laboratorio di criminologia annesso ad un Tribunale.

L'assemblea legislativa dello Stato di New York presieduta dall' on. Louis D. Gebbs ha decisa l'istituzione di una nuova sezione o ufficio incaricato di esaminare i criminali al loro ingresso in carcere. Essa è costituita presso ogni Corte che abbia giurisdizione criminale nelle città principali da un criminologo di professione, un medico e un avvocato e una persona del luogo altri assistenti che fossero richiesti. L'ufficio può crearsi regole e leggi che devono essere approvati dai Giudici e dalle Corti.

Accertato che un individuo ha commesso un delitto il Giudice o la Corte prima di giudicarlo debbono mandarlo davanti a questo ufficio che lo esamini e dia la sua opinione su di lui. La sentenza non può essere pronunciata fino a che la Commissione entro il tempo prescritto non abbia presentata la sua relazione.

Questo atto andrà in vigore il 1° settembre 1913.

Premio Lombroso di Antropologia Criminale.

Cesare Lombroso ha lasciato per testamento che sino a che continuasse a pubblicarsi il suo « Archivio di Antropologia Criminale » fosse assegnato, ogni due anni, un premio di 500 lire al

miglior lavoro od alla più importante scoperta fatta nel campo della Antropologia Criminale.

La famiglia Lombroso ha incaricato di aggiudicare questo premio il Comitato ordinatore del prossimo VIII Congresso di Antropologia Criminale elevandone l'ammontare a 1000 lire e nominandovi a rappresentante la dott. Gina Lombroso-Ferrero.

Il Comitato Ordinatore ha formulato queste condizioni per chi vuol concorrere a detto Premio:

In occasione dell'VIII Congresso di Antropologia Criminale che si terrà nell'estate del 1914 a Budapest viene istituito un premio di L. 1000 (Premio Lombroso) per il lavoro più notevole o per la più importante scoperta nel campo dell'Antropologia Criminale.

I lavori relativi debbono essere stati pubblicati negli anni 1911, 1912, 1913, 1914. Il premio è internazionale.

L'assegnazione del premio verrà compiuta nella Seduta inaugurale dell'VIII Congresso Internazionale di Antropologia Criminale.

Il Comitato Ordinatore di questo Congresso resta così composto: Prof. Aschaffenburg (Colonia) - Prof. V. Balogh (Budapest) - Prof. Enrico Ferri (Roma) - Dott. Hans Kurella (Bonn) - Dott. Gina Lombroso-Ferrero (Torino) - Prof. Sommer (Giessen).

Società Piemontese degli Amici della Neurologia. — Con questo titolo un nucleo di medici ha costituito in Torino un'associazione che ha lo scopo di incoraggiare nella classe medica della regione Piemontese gli studi neurologici, con speciale riguardo alla Clinica, di diffondere in essa, nel limite dei propri mezzi, la conoscenza di quanto si produce nel campo della neurologia, e di illustrare con dimostrazioni e discutere casistica e reperti relativi all' anatomia, fisiologia e patologia del sistema nervoso.

La Società ha la sua sede nell' Istituto di neuropatologia della Regia Università di Torino (via Quattro Marzo, n. 11).

Associazioni fra i Medici dei Manicomi pubblici italiani. — Furono nominati alla presidenza: signori: Prof. Raffaele Brugia (Bologna) Presidente, dott. Luigi Baroncini (Bologna in Imola),

Segretario-Cassiere, dott. Paolo Amaldi (Firenze), dott. Lodovico Figna (Imola, Osservanza), dott. Carlo Pontiggia (Milano in Mombello), dott. Emilio Riva (Reggio Emilia), Prof. Michele Sciuti (Napoli), Consiglieri.

Il prof. Bechterew, che da 30 anni insegnava clinica di malattie nervose e mentali alla facoltà medica di Pietroburgo, è stato licenziato perchè reo di nutrire sentimenti liberali. Egli non è stato confermato al posto di Presidente dell' Istituto psico-neurologico da lui fondato e guidato fino dall' inizio, e ciò per ordine del Ministero.

Così l' illustre neurologo e psichiatra è dopo Paulow che ha dovuto dimettersi recentemente per analoghi motivi, la seconda vittima di sistemi governativi indegni di una nazione civile.

Premio Lombroso sulla etiologia e sulla profilassi della pellagra. — Per commemorare il primo anniversario della morte di Cesare Lombroso (19 ottobre 1911): la signora Nina Lombroso aveva istituito un premio di L. 1000 da assegnarsi al migliore lavoro di ricerche cliniche e sperimentali intorno alle teorie del grande italiano sulla etiologia e sulla profilassi della pellagra.

Sono riusciti vincitori: 1. Il dottor Vincenzo Luigi Camurri medico comunale di Padova, *ex aequo* col Prof. Volpino della R. Università di Torino; 2. il Prof. E. Audenino pure della R. Università di Torino;

Il premio è stato diviso tra il dott. Camurri e il prof. Volpino.

Premi del P. Istituto Lombardo. — Fondazione Fossati pel 1915: Illustrare qualche fatto di anatomia macro o microscopica del sistema nervoso degli animali superiori. Scadenza 1 aprile 1915, ore 15. Pel 1916: Illustrare qualche punto della fine anatomia del sistema nervoso; scadenza 1 aprile 1916, ore 15 - Premio L. 2000.

Fondazione Secco. — Comneno: pel 1915 — Sull' indacanuria. Scadenza 1 aprile 1915, ore 15 - Premio L. 864.

Per la Bibliografia sulla pellagra. Il Prof. Volpino, aiuto dell' Istituto d' Igiene dell' Università di Torino è incaricato di redigere la parte concernente la pellagra nel trattato di Rolli e Wassermann. Al Prof. Volpino possono dirigere i loro lavori sulla pellagra gli autori italiani.

Il Dott. M. U. Marini, ha lasciato la direzione dei « Quaderni di psichiatria » la quale è stata assunta dai Prof. Enrico Morselli coadiuvato da un comitato di redazione.

Parma. — Nel Manicomio di Colorno un ammalato è morto in seguito a scottature riportate in causa di un sistema primitivo di riscaldamento.

Brescia. — Nel gennaio scorso il Consiglio Provinciale, accettando le proposte della Deputazione per la riforma del regolamento organico di tutto il personale, ha stabilito le seguenti condizioni dei medici del Manicomio:

Direttori: L. 6900 con 4 aumenti quinquennali di L. 690 ed alloggio. — *Primari* L. 3800 con 5 aumenti triennali e due quinquennali di L. 300 ed alloggio per famiglia. — *Assistenti*: L. 3200 con 5 aumenti triennali e due quinquennali di L. 300 ed alloggio personale.

Stabilito in tal modo il sistema dei ruoli aperti, la Provincia di Brescia ha dimostrato una larghezza di vedute che merita un voto di plauso dalla nostra classe.

Va ricordato che di questi risultati si deve anche molto all' attivo interessamento del Direttore.

Il Prof. Luccarelli ha ripreso la pubblicazione della sua rivista « L' Anomalo ».

A giorni uscirà un volume dei dott. Marini e Vidoni sulla « Terapia ed assistenza degli ammalati di mente ». Editore Hoepli di Milano.

Associazione fra i medici dei Manicomi pubblici italiani. — Il 21 dicembre p. p. si radunò in Firenze il nuovo Consiglio Direttivo, testè nominato per *referendum* fra i suoi, dopo le dimissioni dell' antico Consiglio Direttivo. Scopo del convegno era la presa in consegna degli Atti dell' Associazione e la divisione del lavoro tra i diversi componenti del Consiglio. Erano presenti il dott. V. Pugliese e il dott. R. Rebizzi rispettivamente presidente e segretario dello scaduto Consiglio e il dott. M. Camia, cassiere. Del nuovo Consiglio erano presenti il presidente prof. R. Brugia, il dott. L. Baroncini, segretario-cassiere, ed i consiglieri dott. Amaldi, Figna, Pontiggia, Riva. Il Prof. M. Sciuti, assente per malattia inviò una lettera di adesione con alcune proposte. Il Convegno trattò questioni importanti per la vita e l' avvenire dell' Associazione: le deliberazioni più notevoli furono quella riguardante, il « Bollettino dell' Associazione » che dovrà uscire col prossimo anno almeno una volta ogni due mesi, e le proposte dei nomi dei relatori dei singoli temi per il prossimo Congresso che avrà luogo a Milano. La « Critica medica » scrive che ha benevolmente seguito il sorgere e lo svilupparsi di questa associazione, come di ogni organizzazione medica di categoria e si augura che tutti i Medici dei manicomi pubblici Italiani sentano il dovere di prendere parte alla loro Associazione, onde trovare in una organizzazione compatta, un campo di libera e proficua discussione per la difesa della loro dignità e dei loro interessi. Il compito termina il giornale di Milano, del Consiglio Direttivo, i cui componenti mi sappiano animati da ottimi propositi, sarà reso così tanto più valido e piacevole quanto più arduo e faticoso.

Riceviamo dal Prof. D' Ormea direttore del Manicomio Provinciale di Siena un *ordine del giorno* votato dai Medici di quell' Istituto così concepito: « I medici del Manicomio di Siena, mentre plaudono alla nobile iniziativa dell' On. Bonardi e di altri Deputati per ottenere le riduzioni ferroviarie ai Medici condotti, fanno voti che, in armonia al deliberato dell' ultimo Congresso degli ordini dei Medici, tale concessione venga estesa anche ai

Per la Bibliografia sulla pellagra. Il Prof. Volpino, aiuto dell' Istituto d' Igiene dell' Università di Torino è incaricato di redigere la parte concernente la pellagra nel trattato di Rolli e Wassermann. Al Prof. Volpino possono dirigere i loro lavori sulla pellagra gli autori italiani.

Il Dott. M. U. Marini, ha lasciato la direzione dei « Quaderni di psichiatria » la quale è stata assunta dai Prof. Enrico Morselli coadiuvato da un comitato di redazione.

Parma. — Nel Manicomio di Colorno un ammalato è morto in seguito a scottature riportate in causa di un sistema primitivo di riscaldamento.

Brescia. — Nel gennaio scorso il Consiglio Provinciale, accettando le proposte della Deputazione per la riforma del regolamento organico di tutto il personale, ha stabilito le seguenti condizioni dei medici del Manicomio:

Direttori: L. 6900 con 4 aumenti quinquennali di L. 690 ed alloggio. — *Primari* L. 3800 con 5 aumenti triennali e due quinquennali di L. 300 ed alloggio per famiglia. — *Assistenti*: L. 3200 con 5 aumenti triennali e due quinquennali di L. 300 ed alloggio personale.

Stabilito in tal modo il sistema dei ruoli aperti, la Provincia di Brescia ha dimostrato una larghezza di vedute che merita un voto di plauso dalla nostra classe.

Va ricordato che di questi risultati si deve anche molto all' attivo interessamento del Direttore.

Il Prof. Luccarelli ha ripreso la pubblicazione della sua rivista « L' Anomalo ».

A giorni uscirà un volume dei dott. Marini e Vidoni sulla « Terapia ed assistenza degli ammalati di mente ». Editore Hoepli di Milano.

Associazione fra i medici dei Manicomi pubblici italiani. — Il 21 dicembre p. p. si radunò in Firenze il nuovo Consiglio Direttivo, testè nominato per *referendum* fra i suoi, dopo le dimissioni dell' antico Consiglio Direttivo. Scopo del convegno era la presa in consegna degli Atti dell' Associazione e la divisione del lavoro tra i diversi componenti del Consiglio. Erano presenti il dott. V. Pugliese e il dott. R. Rebizzi rispettivamente presidente e segretario dello scaduto Consiglio e il dott. M. Camia, cassiere. Del nuovo Consiglio erano presenti il presidente prof. R. Brugia, il dott. L. Baroncini, segretario-cassiere, ed i consiglieri dott. Amaldi, Figna, Pontiggia, Riva. Il Prof. M. Sciuti, assente per malattia inviò una lettera di adesione con alcune proposte. Il Convegno trattò questioni importanti per la vita e l' avvenire dell' Associazione : le deliberazioni più notevoli furono quella riguardante, il « Bollettino dell' Associazione » che dovrà uscire col prossimo anno almeno una volta ogni due mesi, e le proposte dei nomi dei relatori dei singoli temi per il prossimo Congresso che avrà luogo a Milano. La « Critica medica » scrive che ha benevolmente seguito il sorgere e lo svilupparsi di questa associazione, come di ogni organizzazione medica di categoria e si augura che tutti i Medici dei manicomi pubblici Italiani sentano il dovere di prendere parte alla loro Associazione, onde trovare in una organizzazione compatta, un campo di libera e proficua discussione per la difesa della loro dignità e dei loro interessi. Il compito termina il giornale di Milano, del Consiglio Direttivo, i cui componenti mi sappiano animati da ottimi propositi, sarà reso così tanto più valido e piacevole quanto più arduo e faticoso.

Riceviamo dal Prof. D' Ormea direttore del Manicomio Provinciale di Siena un *ordine del giorno* votato dai Medici di quell' Istituto così concepito : « I medici del Manicomio di Siena, mentre plaudono alla nobile iniziativa dell' On. Bonardi e di altri Deputati per ottenere le riduzioni ferroviarie ai Medici condotti, fanno voti che, in armonia al deliberato dell' ultimo Congresso degli ordini dei Medici, tale concessione venga estesa anche ai

Medici dipendenti da Opere Pie e dalle Amministrazioni Provinciali, e fanno appello alla solidarietà dei Colleghi e delle associazioni professionali per il raggiungimento di tale equa aspirazione ». Noi aderiamo all' ordine del giorno d' Ormea e ci adopreremo per quanto sarà possibile a coadiuvare per l'intento.

Per il regolamento tipo nei manicomi. — Alla Camera dei deputati, nella seduta del 10 decembre 1913, fu discussa una interrogazione dell' on. Sichel al Ministro degli interni « per sapere se, dopo l'affidamento dato, non creda opportuno risolvere, senza maggiore indugio, la questione del regolamento tipo relativo al servizio e ai diritti degli infermieri, degli ospedali e dei manicomi ».

Rispose l' on. Falcioni, il quale ricorda la risposta data, fino dal 1907, all' on. Facta e all' interrogazione dell' on. Barzilai, e riconosce che, se si eccettua l' inserzione di talune norme nel regolamento per i manicomi relativi ai requisiti di nomina degli infermieri, nulla altro si è fatto per l' attuazione del regolamento tipo preparato dagli organi della classe, benchè ritenuti in massima degni di considerazione. Le difficoltà incontrate sono principalmente di ordine finanziario. Quasi tutte riforme proposte importano maggiori oneri per gli istituti ospitalieri, che si dibattono quasi tutti in grandi ristrettezze; ne deriverebbe l' aumento delle rette già per alcuni ospedali molto elevate, cosicchè più difficile sarebbe l'ammissione degli ammalati.

VIII Congresso Internazionale di Antropologia Criminale, (Budapest, 14-17 settembre 1914). — Il prof. Dr. E. E. Moravcisik di Budapest ci comunica che l' VIII Congresso Internazionale di Antropologia Criminale è definitivamente fissato per i giorni 14-17 settembre 1914. Presidente onorario del Congresso è S. E. il Ministro della Giustizia di Ungheria, Eugen v. Balogh. Il Comitato ordinatore internazionale del Congresso è così composto:

Prof. Ascaffenburg (Colonia); Prof. V. Balogh (Budapest); Prof. E. Ferri (Roma); Dott. Hans Kurella (Bonn); Dott. Gina Lombroso-Ferrero (Torino); Prof. Sommer (Giessen). Il Comitato ese-

cutivo del Congresso è composto dei signori: Giulio Rikl v. Béllye, Segretario di Stato del Ministero della Giustizia; Isidoro Baumgarten, Presidente della Curia; Dott. Ernesto Emilio Moravcisik, Professore della Clinica Psichiatrica dell' Università di Budapest; e dei signori Dott. Ernesto Friedmann, Procuratore di Stato e Dott. Carlo Hudovernig, privato docente all' Università, segretari. I temi generali che si discuteranno sono i seguenti: 1° La pericolosità dei criminali dal punto di vista medico e giuridico; 2° Le deformità craniche come carattere degenerativo; 3° Le alterazioni psichiche senili dal punto di vista criminologico; 4° La preparazione dei giudici e dei procuratori di Stato pei Tribunali di minorenni e dei Probation officers; 5° Schutzaufsicht. (La difesa sociale). Il Comitato si rivolge inoltre ai cultori dei nostri studi di tutti i paesi perchè gli annunzino gli argomenti delle loro comunicazioni, indirizzandoli al Presidente del Congresso, il sig. Segretario di Stato Giulio Riekl v. Béllye (Ministro della Giustizia di Budapest). Nella seduta inaugurale del Congresso sarà assegnato il Premio Lombroso di L. 1000 secondo le modalità da tempo annunziate. (Archivio di Antropologia criminale, 1912, pag. 479-600) per il lavoro più notevole o per la più importante scoperta nel campo dell' Antropologia criminale pubblicata negli anni 1911-14.

Nei giorni 17, 18, 19 aprile 1914 è stato tenuto in Roma il primo *Convegno della Società d' Antropologia, Sociologia e Diritto criminale*, nel quale intervennero i rappresentanti di ventiquattro Stati. Il Congresso, dopo avere inteso la relazione del prof. Alfredo Niceforo, delegato del Governo italiano, sulla organizzazione della Scuola giuridico-criminale presso la facoltà di legge di Roma, diretta da Enrico Ferri, ha votato alla unanimità il seguente ordine del giorno: « Il Congresso emette il voto che in ogni paese l' insegnamento della Polizia giudiziaria scientifica sia impartita a tutti gli studenti della facoltà di legge ».

Nel prossimo numero daremo dettagliato resoconto dell'opera del Congresso.

Congresso Internazionale di Neurologia, Psichiatria e Psicologia in Berna (7-12 settembre 1914). — Questo Congresso, organizzato dalla Società Svizzera di Neurologia e dalla Società degli Alienisti Svizzeri avrà luogo dal 7 al 12 settembre p. v. sotto la Prcsidenza d' onore del Presidente della Confederazione Svizzera e la Presidenza effettiva del Prof. Dubois.

Il Congresso è diviso in tre sezioni: *Neurologia, Psichiatria, Psicologia*; ma vi saranno parecchie sedute generali in sezioni riunite, in cui saranno trattati i temi più importanti.

Vi prenderanno parte, con speciali relazioni: Alzheimer, Ramon y Cajal, Sherrington, P. Marin, Edinger, Ehrlich, Crocq, Wiekler, Dejerine, Oppenheim, Gaupp, Ballet, Bechterew, Lépine, Binswanger, Ladame, Flournoy, Ziehen, Jung e molti altri.

Dagli italiani sono annunciate comunicazioni di D' Abundo, *Psicosi da spavento*; Ferrari, *Educazione dei giovani delinquenti*; Mingazzini, *Afasia ed aprassia*; Tamburrini, *Demenze e pseudo demenze*; Rignano, *Coscienza e attenzione*; De Sanctis, *Psicologia del sogno*.

Per l' iscrizione al Congresso e per schiarimenti rivolgersi al Segretario Dott. Schneyder, Via Monbijou 31, Berna.

XV Congresso della Società Freniatrica Italiana in Palermo (ottobre, 1914). — Come fu già annunciato il XV Congresso della Società Freniatrica Italiana si terrà in Palermo nella prima quindicina di ottobre del corrente anno. Vi saranno trattati i Temi:

1°) *Sulle psicosi in relazione alle ghiandole endocrine* (Rel. Riva, Bertolani, Tamburini Arr.)

2°) *Sulle psico-analisi* (Rel. Modena, Baroncini, Manzoni, Assagioli).

3°) *Sulla pazzia e la criminalità nell'Esercito* (Rel. Consiglio, Bucciante).

4°) *Sulla frenosi maniaco-depressiva* (Rel. Tamburini, Alberti, Ruata, Padovani).

5°) *Sull' Anatomia patologica e patogenesi delle affezioni metasifilitiche* (Rel. Bonfiglio, Perusini).

La Città di Palermo prepara festose accoglienze ai Congressisti e sarà quanto prima pubblicato il programma dettagliato del Congresso.

Per il I Convegno Italiano di Tecnica ed assistenza Manicomiale, che avrà luogo in Genova nel maggio 1914, sono state proposte le seguenti relazioni:

A. *Alberti:* Le eventuali responsabilità civili e penali dei Medici dei Manicomi.

G. *Antonini:* Gli Ospedali di cura urbani.

L. *Baroncini:* La gerarchia nei Manicomi.

L. *Ellero:* La funzione delle Commissioni governative di vigilanza nei Manicomi.

C. *Mannini:* I rapporti tra Direzione sanitaria ed Economato nei Manicomi.

A. *Pieraccini:* Utilizzazione e rendimento dal punto di vista fisiologico, curativo ed economico dell' esercizio muscolare negli alienati ospitalizzati.

F. *Prigione:* I concorsi nei Manicomi.

R *Rebizzi:* Il frazionamento dell' assistenza Manicomiale.

G. *Vidoni:* I pericoli e il danno di sottrarre all' alienista ed agli Istituti manicomiali l' assistenza e la cura degli ammalati di mente.

Il prof. Enrico Morselli pronuncierà il discorso inaugurale sul tema: « La cultura odierna del medico alienista ».

Fu dato incarico ai colleghi Dott. G. Altieri e Prof. G. Cuneo di organizzare la gita Genova-Montecarlo-Nizza per la via di mare.

Inoltre fu incaricato il Dott. Masini di prendere speciali accordi colla presidenza del Comitato dell' Esposizione Coloniale e Marinara, di cui fa parte, per speciali facilitazioni ai membri del Congresso.

Aprile 17-19 (Napoli). — *V Congresso nazionale di medicina ferroviaria.* Verrà svolta la relazione sulle *Nevrosi traumatiche,* relatori: S. Bianchini, e A. Ciampolini.

Aprile 24-25 (Strasburgo). — *Congresso tedesco di Psichiatria.*

Maggio (Genova). — *Congresso di Assistenza e Tecnica Manicomiale.*

Agosto (Lussemburgo). — *Congresso dei Neurologi ed alienisti.*

Nomine e concorsi. (Manicomio Provinciale di Como). — Il 15 decembre 1913 si è chiuso il concorso a Medico-Direttore. Stipendio L. 6000, aumentabili a 8400, alloggio illuminato e riscaldato.

Hanno concorso i dott. Rossi, Righetti, Scabia, Garbini, Maggiotto, Salerni, Paravicini, Levi-Bianchini. La Commissione esaminatrice è composta dal Prof. Belmondo, dal Dott. Mazzocchi e da un membro dell'Amministrazione.

Manicomio di Udine. — Sino al 15 marzo è aperto il Concorso ad un posto di Medico di riparto. Stipendio L. 2500 con alloggio, luce, vitto, convertibili quest'ultimi in un'indennità di L. 600.

Manicomio di Reggio Emilia. — È aperto fino al 28 febbraio il Concorso per due posti di medico assistente. Limite di età 35 anni. I lavori devono essere inviati in tre esemplari.

Manicomio provinciale di Roma. — È aperto fino al 28 febbraio il Concorso per il posto di medico settore. Stipendio iniziale L. 4500, più indennità di residenza ed alloggio personale. I concorrenti nella domanda devono dichiarare di sottostare alle condizioni del Regolamento interno. Limite di età 40 anni.

Manicomio Provinciale di Ascoli Piceno in Fermo. — Il 28 febbraio 1914 e scaduto il concorso al posto di medico di sezione. Stipendio L. 3000 lorde, aumentabili a 3600 e alloggio personale.

Manicomio Provinciale di Roma. — A medico assistente del Manicomio succursale di Ceccano è stato nominato il Dott. Ferro-Scuto: era da due anni assistente provvisorio.

Cagliari. — Col 1. gennaio 1914 il dott. Tolde è cessato dall'ufficio di aiuto della Clinica Psichiatrica.

Bologna. — Il Dott. E. Rivari è stato nominato aiuto di clinica delle malattie mentali e nervose.

Sassari. — Il Dott. G. Cozzo è stato assistente in clinica delle malattie nervose e mentali.

Palermo. — Il Dott. Gentile è stato nominato assistente e il Dott. Queirolo assistente in soprannumero alla clinica delle malattie mentali e nervose.

Libere docenze. — Hanno ottenuto la libera docenza il dottor A. Romagna-Manoja, il Dott. Boveri, il Dott. Mattirolo, il dottor Alessandrini in Neuropatologia, i Dott. Zalla e Bravetta in Clinica delle malattie nervose mentali, il Dott. Fanciulli in Psicologia, il dott. Gemelli in Psicologia sperimentale; il Dott. U. Marini in Antropologia Criminale.

Corso di perfezionamento in Criminologia. — Sarà tenuto per il III anno dal gennaio all' aprile 1914 presso l' Istituto d' Antropologia criminale dell'Università di Torino. Saranno svolti i seguenti insegnamenti:

1° *M. Carrara:* Antropologia Criminale.

2° *A. Zerboglio:* Diritto penale e diritto processuale.

3° *C. Covo:* Polizia giudiziaria e propedeutica medico-forense.

4° *M. Trevis:* Le alienazioni mentali in rapporto al delitto.

Brevi cicli di letture saranno impartiti su speciali argomenti dai Signori:

1° *Gina Lombroso-Ferrero:* Origini dell' Antropologia Criminale.

2° *Garofalo:* Principi e conclusioni del diritto penale su base sperimentale.

3° *Garofalo:* Criteri di repressione dei delitti.

4° *A. Herlitka:* Applicazioni dei metodi sperimentali all'esame delle funzioni di relazioni.

È istituito per gl' iscritti al corso un premio di L. 200 intitolato a Cesare Lombroso e destinato a studi, monografie, ricerche ecc., attinenti alle materie svolte nel programma del corso.

La lezione di apertura sarà tenuta da Enrico Ferri.

INDICE DEL VOLUME

LAVORI ORIGINALI.

AUTORIASSUNTI E RIVISTE.

NEUROPATOLOGIA.

PSICHIATRIA.

FISIOPATOLOGIA SPERIMENTALE.

ANATOMIA PATOLOGICA.

TERAPIA.

MEDICINA LEGALE.

ANNO VII — LUGLIO-DECEMBRE, 1913 — FASC. III-IV

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forense nell'Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA
STAB. TIP. V. BARTELLI E C.

1914

ANNO VII — LUGLIO-DECEMBRE, 1913 — FASC. III-IV

Perugia, Italy.

Annali del Manicomio Provinciale di Perugia

ED

Autoriassunti e Riviste di Psichiatria e Neuropatologia

DIRETTORE

Dott. CESARE AGOSTINI

Professore di Antropologia Criminale e di Psichiatria Forense nell'Università di Perugia
Direttore del Manicomio Provinciale



PERUGIA

STAB. TIP. V. BARTELLI E C.

1914

MANICOMIO PROVINCIALE DI GENOVA IN VIA PAVERANO
Diretto dal Dott. Prof. M. U. MASINI

DOTT. GIUSEPPE VIDONI
Medico di Sezione

PER LO STUDIO SUI RAPPORTI
TRA
PSICHIATRIA E GINECOLOGIA

Le discussioni sui rapporti tra malattie degli organi genitali della donna e malattie mentali risalgono a molto tempo. La questione però è ritornata di viva attualità da qualche anno, da quando cioè il prof. Bossi con una rumorosa campagna giornalistica ha interessato in proposito non solo medici, ma anche pubblicisti, magistrati, amministratori e deputati per domandare negli Istituti manicomiali riforme secondo le teoriche della scuola ginecologica genovese.

Le affermazioni e le accuse lanciate contro gli alienisti dal prof. Bossi e dai suoi seguaci non sono rimaste senza obiezioni e risposte, che anzi, in verità, si sono largamente moltiplicate per opera non solo di psichiatri italiani, ma anche stranieri intervenuti nella polemica con copia di osservazioni, tanto più preziose quanto più lontane da ogni preoccupazione personale; obiezioni e risposte che il dott. Prigione (1) ha rias-

(1) Dott. F. PRIGIONE, *L'empirismo, la casuistica clinica, i metodi pratici del prof. L. M. Bossi davanti ai naturali e legittimi giudici,* « Quaderni di Psichiatria », Serie I, anno 1913, fasc. 17-18, 19-20; anno 1914, fasc. 1-2.

sunto in un ampio lavoro, vivacemente polemico, e che tra breve uscirà in volume separato con una prefazione di Alberto Vedrani.

Riferire sistematicamente il pensiero dei vari autori sarebbe, dopo la monografia di Prigione, una ripetizione inutile, per cui io tralascio qui ogni ricordo bibliografico facendo eccezione solo per uno scritto recente che, se non sbaglio, sta a significare come anche da parte degli amici del ginecologo di Genova si incominci a riconoscere la necesssità di moderare il linguaggio e gli apprezzamenti. È di questi giorni infatti un articolo del dottor Savagnone (1) che così scrive: « Non v'ha dubbio che l'aiuto, la collaborazione efficace del ginecologo possa — in taluni casi — essere preziosa per il clinico psichiatrico che ha assunto la cura di una donna precipitata nelle tenebre dell'alienazione mentale o in preda a disturbi nervosi e mentali, che se non annientano, ne offuscano la psiche. Ma sia detto con sincerità: *ne sutor ultra crepidam.* Le generalizzazioni sono sempre ingiuste ed irrazionali. Il ginecologo può salvare qualche disgraziata o aiutarne la guarigione o lenirne le sofferenze, ma non più di questo. Il clinico ostetrico non può soppiantare il suo collega in psichiatria o invaderne il campo. In proposito bisognerà anzi fare argine ai facili entusiasmi e con tutto il rispetto che merita un clinico insigne come Luigi Maria Bossi (al quale mi legano anche vincoli di solidarietà

(1) Dott. E. SAVAGNONE, *La psiche femminile curata dall'ostetrico.* « Il Lavoro ». maggio 1914.

politica non inferiori a quelli dell'ammirazione intellettuale) io credo che un pericolo esista: e cioè che come i petrarchisti fecero detestare il Petrarca, i seguaci del Bossi possano — in prosieguo — compromettere la sobrietà, la elevatezza e la giustezza medesima delle dottrime del loro maestro. Il Bossi, si noti bene, è stato molto cauto. Egli aborre delle generalizzazioni. E più di una volta ha insistito nel dire che egli non si è mai sognato d'affermare che l'unica fonte di alterazioni mentali nella donna siano le malattie ginecologiche. Ed ha soggiunto: non io penso che il cervello della donna abbia spostato la sua sede e che dalla cavità cranica sia disceso nel bacino femminile. Queste parole dovrebbero essere meditate da quegli ostetrici che pretendessero addirittura curare.... l'anima della donna col forcipe nelle mani! ».

Io non so se il pensiero del dott. Savagnone ha il riconoscimento della clinica ginecologica di Genova; ad ogni modo merita di esser conosciuto anche perchè è comparso nell'organo, che è stato sempre l'interprete più fedele del pensiero di Bossi e lo strumento, specie in Liguria, più valido per la sua diffusione.

* * *

Qualche alienista sostiene che sia tempo oramai di non occuparsi più delle teorie del prof. Bossi, perchè « l'argomento è superato e risolto da un pezzo ». A me invece sembra che non si debba, se non altro per documentazione di serenità, rifiutare di riprendere lo studio

anche se questo dovrà condurre a conclusioni, che possono apparire superflue di fronte ai dati accumulati dall'esperienza degli osservatori, che ci hanno preceduto. Una condizione però credo indispensabile per tale studio, l'associazione cioè dell'alienista e del ginecologo, sia per la giusta interpretazione dei dati, sia per l'esatta constatazione del dato stesso. Esempi di tale collaborazione non mancano: tra i recenti si ricordi il lavoro di Guicciardi e di Leoni (1) e quello di Koenig e di Linzenmeier (2). Aumentare, pertanto, il numero di osservazioni condotte con tale metodo mi sembra possa riuscire utile per tutti e possa portare anche un contributo al materiale, che deve raccogliere la Commissione di alienisti e ginecologi nominata dal XIV Congresso Italiano di Ostetricia e Ginecologia con il mandato di esaminare la questione psichiatrico-ginecologica. Solo così poi si potrà, come domandava giustamente Padovani, riunire (3) un insieme « di studî e di lavori, che abbiano a base serie e larghe ed esaurienti e controllabili osservazioni cliniche e statistiche sui tanto discussi rapporti ».

---

(1) GUICCIARDI e LEONI, *Le condizioni genitali di cento alienate di mente,* « Annali di Ostetricia e Ginecologia », 1912.

(2) KOENIG und LINZEMNEIER, *Ueber die Bedeutung gynäkologischer Erkrankung und den Wert ihrer Heilung bei Psycosen,* « Archiv. für Psychiatrie », 1913. Riassunto in « Critica Medica », 1914.

(3) Dott. E. PADOVANI, *Sulle teorie psichiatrico-ginecologiche del prof. L. M. Bossi* « Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale », 1911.

La mia comunicazione si riferisce a 112 donne, accolte nella Sezione a me affidata, per le quali l'esame ginecologico è stato controllato dal chiaro ginecologo prof. Oliva, dell'Università e degli Spedali di Genova, consulente del nostro Istituto.

Psicosi alcoolica.

Caso 1. — Bel. Lucia, di anni 49, vedova, nata a Carrara, domiciliata a Genova. Ammessa nel Manicomio di Quarto di Mille il 2 giugno 1908.

Viene trasferita in questo Manicomio il 23 marzo 1912. Il riassunto della storia clinica dice: « Indebolimento mentale da abuso di sostanze alcooliche. Di solito è tranquilla ed aiuta le infermiere nei lavori di pulizia. Transitori periodi di disordine nel contegno ».

Detta sintomatologia non ha presentato modificazione durante la nostra osservazione.

Dal lato ginecologico non si mette in rilievo nulla di anormale.

Caso 2. — De Neg. Teresa di anni 40, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Domestica. Ammessa in Manicomio il 12 giugno 1906.

Già ricoverata 12 anni prima nel Manicomio di Via Galata, veniva internata nuovamente all'Ospedale Pammatone per un episodio di grave eccitamento. Ha sempre avuta tendenza a bere. Di umore in prevalenza gaio, va soggetta a periodi di irascibilità e di esalta-

mento. Attualmente mostra un certo grado di indebolimento mentale.

Dal lato ginecologico non si riscontra nulla di anormale.

Caso 3. — Via. Maria, di anni 38, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa nel Manicomio di Via Galata, il 17 dicembre 1902.

Viene trasferita in questo Istituto il 21 ottobre 1911 con le seguenti note: « Bevitrice ostinata. È stata ricoverata diverse volte per publico scandalo; presenta segni fisici di alcoolismo cronico e degenerazione morale ».

Durante la degenza nel nostro Manicomio si osserva: Mestruazioni ripetentisi ogni 15 giorni. L'ammalata si oppone vivacemente all'esame ginecologico, che, quando è stato possibile praticare, ha messo in evidenza: utero mobile, indolente, antiflesso. Dal canale cervicale muco-pus.

Paralisi progressiva.

Caso 4. — Mori. Ernesta di anni 49, nata e domiciliata a Genova. Vedova. Civile. Ammessa in Manicomio il 18 luglio 1912.

Il padre ha sofferto ictus apopletico. — Nulla di speciale ha presentato nell'infanzia. Le prime mestruazioni sono comparse a 14 anni, le successive furono regolari; cessarono tre anni or sono. Prese marito a 18 anni; a 19 ha avuto il primo ed unico parto. Dopo il parto ha dovuto essere curata per ulcerazione al collo dell'utero. Sembra provato dall'anamnesi il contagio sifilitico.

L'inizio dell'attuale malattia rimonta a 3 anni e mezzo circa. Oggi presenta un chiaro quadro di paralisi progressiva.

Dal lato ginecologico si mette in evidenza retroversione uterina.

Cerebropatia infantile.

Caso 5. — Piom. Maria, di anni 37, nubile, nata a Campoligure. Ammessa in Manicomio il 28 giugno 1912.

Esiste tara ereditaria; rivela povera costituzione fisica, con qualche residuo cerebropatico. Incapace di frequentare le scuole, è sempre stata torpida e presenta l'evoluzione psichica di una bambina di 5 o 6 anni.

Ha contegno goffo, infantile, ma è pulita, tranquilla e lavoratrice.

Dal lato ginecologico nulla si riscontra di morboso.

Caso 6. — Tor. Maria, di anni 25, nubile, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 13 decembre 1908.

Presenta uno spiccato grado di deficenza mentale congenita. Di quando in quando si fa irascibile e diventa impulsiva. Di solito però è tranquilla e si presta volentieri per aiutare le infermiere.

Da cinque mesi è amenorroica. All'esame ginecologico si riscontra utero atrofico. L'esame provoca un vivacissimo stato ansioso.

Caso 7. — Bar. Luigia di anni 21. Nubile, casalinga, nata e domiciliata ad Apparizione. Ammessa in Manicomio il 23 settembre 1910.

Esiste tara ereditaria. — A due anni ebbe i primi attacchi convulsivi; a dodici anni sono comparse le prime mestruazioni. Il riassunto dei diari clinici dice: « Notevole deficienza mentale per arresto di sviluppo psichico. Ideazione assai limitata. Accessi di agitazione con contegno disordinato. Attacchi convulsivi epilettiformi ».

Dal lato ginecologico non si osserva nulla di anormale.

Caso 8. — Tin. Maria, nubile, di anni 26, da S. Damiano Piacentino.

Ammessa in Manicomio il 15 giugno 1898.

Non si hanno notizie anamnestiche famigliari. È oligoemica e presenta stigmate degenerative, fra le quali il mongoloidismo e la sindattilia in ambo i piedi.

Notevole arresto di sviluppo intellettuale le cui manifestazioni si limitano a quanto è inerente alle funzioni vegetative ed alle più elementari relazioni di rapporto nell'ambiente in cui vive. Anche il linguaggio è affatto rudimentale.

Dal lato ginecologico si riscontra: Genitali esterni piccoli; imene semilunare; utero piccolo.

Caso 9. — Sat. Beatrice, di anni 32, nubile, nata a Roma e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 22 febbraio 1911.

Il padre è morto per embolismo cerebrale, la madre è morta per bronco polmonite. A 4 anni presentò convulsioni alle quali residuò emiparesi destra. Quando era in famiglia si mostrava molto irascibile. In Manicomio

invece è costantemente tranquilla. Si riscontra un notevole arresto di sviluppo dei poteri psichici. Le mestruazioni sono regolari. All'esame degli organi genitali si osserva atrofia dell'utero.

Caso 10. — Scorz. Maria, di anni 20, nubile, nata e domiciliata a Savona. Entrata nel Manicomio il 23 maggio 1901.

Notizie anamnestiche famigliari negative. — È sordomuta. Proviene dal ricovero De Albertis dove ha rivelato qualche segno di eccitamento.

In manicomio si è mostrata sempre facilmente irritabile: reagisce con impulsività specie se viene lesa in quanto la interessa direttamente. Si esprime sufficientemente a mezzo di segni, ma non oltre quanto riguarda la vita vegetativa.

L'esame ginecologico mette in evidenza atrofia dell'utero.

Caso 11. — Mor. Rosa di anni 28. Nata a Bavari e domiciliata a Struppa. Entra in questo Istituto il 23 marzo 1912 trasferita dal Manicomio di Quarto di Mille.

Presenta notevole arresto di sviluppo di tutti i poteri psichici. Del resto è tranquilla, sufficientemente ordinata ed aiuta in qualche lavoro le infermiere.

All'esame degli organi genitali non si riscontra nulla di patologico.

Caso 12. — Pup. Chiara, di anni 18, nata e domiciliata a Voltri. Ammessa in Manicomio il 18 ottobre 1905.

È sordomuta. È stata ricoverata perchè presentava periodi di eccitamento con impulsi clastici e reazioni pericolose contro le persone. Anche nel Manicomio tali fatti qualche volta si ripetono, di solito però è tranquilla e pulita. Il patrimonio mentale è poverissimo ed è assolutamente incapace di nuove acquisizioni. Soffre di tubercolosi polmonare.

All'esame ginecologico si riscontra utero piccolo, latero verso a sinistra.

Caso 13. — Oliv. Maria, di anni 23, nubile, nata a Girgenti e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 15 giugno 1912.

Era già stata per lungo tempo nel Manicomio di Via Galata. — Durante l'allattamento è stata colpita da convulsioni. Ha appreso a fare i primi passi verso i tre anni e ad articolare qualche parola alla stessa età. Il linguaggio è rimasto sempre rudimentale. È piuttosto caparbia e qualche volta impulsiva.

Non è possibile praticare l'esame ginecologico dimostrando la paziente una vivacissima resistenza.

Psicosi maniaco-depressiva.

Caso 14. — Ger. Caterina, di anni 42, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio nel 1906.

Padre bevitore; la madre presenta un cospicuo indebolimento mentale. Le prime mestruazioni sono comparse a 19 anni. Va soggetta ad alternati accessi di esaltamento e di depressione. Durante gli accessi di esalta-

mento si mostra agitatissima, disordinata, logorroica. Ha impulsi contro le persone, gli oggetti d'ammobigliamento che cerca distruggere od in qualsiasi modo danneggiare. Questi accessi sono però rari e di breve durata. All'accesso di esaltamento segue un accesso di depressione con idee ipocondriache, cattivo umore ed irascibilità. Questo dura un periodo molto lungo.

Dal lato ginecologico si è riscontrato: metrorragia con coaguli; obbiettivamente metrite cronica, endometrite fungosa, polipo mucoso.

Caso 15. — Cal. Anna, di anni 53, nubile, nata a Sampierdarena e domiciliata a Genova.

Ammessa in Manicomio il 19 gennaio 1895.

Ha un fratello affetto da epilessia, un altro alienato, una sorella nevropatica; un cugino paterno epilettico. Al momento dell'ingresso presentava agitazione maniacale. Successivamente ebbe a presentare altri periodi maniacali con qualche lieve episodio depressivo. Nei periodi intervallari resta calma, ordinata, laboriosa. Da qualche anno va soggetta a catarro broncopolmonare.

È in menopausa.

Caso 16. — Gas. Argentina, di anni 27, da Montaldeo, domiciliata a Genova, nubile.

Ammessa il 23 luglio 1912.

Ereditarietà negativa. Otto anni fa soffrì di eresipela facciale. Le mestruazioni sono state sempre regolari fino a quattro mesi prima di entrare in Manicomio.

Nel marzo di quest'anno si è fatta triste, silenziosa. Ha dovuto abbandonare le proprie occupazioni; non usciva più di casa, si nascondeva. Dopo l'internamento ha rivelato distimia depressiva, arresto psichico, idee deliranti di rovina ecc. Dal lato fisico nulla di importante.

Dal lato ginecologico amenorrea. L'esame non mette in rilievo nulla di morboso.

Caso 17. — Prof. Narcisa, di anni 49, coniugata, nata e domiciliata a Cornigliano.

Ammessa in Manicomio il 6 marzo 1908.

È stata ripetutamente ricoverata nel Manicomio di via Galata per tipici accessi di mania con fuga di idee, estrema volubilità dell'attenzione, euforia, tendenze erotiche, agitazione motoria, insonnia. Va anche soggetta a disturbi sensoriali concomitanti con idee a contenuto persecutorio. Presenta anche brevi periodi di depressione. Si riscontra ingrossamento della ghiandola tiroide.

Dal lato ginecologico presenta atrofia dell'utero.

Caso 18. — Cao. Rosa, di anni 42, nata e residente a Genova, coniugata.

Ammessa in Manicomio il 30 maggio 1912.

Padre bevitore, zia materna alienata. Mestruazioni regolari. Sposata a 25 anni ha avuto 6 parti e due aborti. A 19 anni è stata ricoverata per la prima volta in Manicomio. È stata bene fino al 1910, fino a quando cioè è stata colpita da eresipela. Durante il corso di questa malattia si è di nuovo imposto il ricovero manicomiale du-

rato 6 mesi. Dopo la dimissione è stata bene fino all'aprile di quest'anno. Ora da qualche settimana presenta depressione di umore, idee persecutorie di rovina. In Manicomio rivela in prevalenza sindrome depressiva interrotta da un breve episodio ipomanico.

Dal lato ginecologico si deve ricordare che da qualche mese presenta mestruazioni abbondanti. All'esame obbiettivo si osserva cistocele, metrite, piccolo cistoma.

Caso 19. — Demich. Teresa, di anni 43, coniugata, nata e domicliata a Maissana; ammessa in Manicomio il 23 agosto 1897.

Un fratello di carattere eccentrico morì in giovane età. Null'altro di positivo esiste in rapporto alla famiglia. Al suo ingresso era in condizioni di esaltamento: gaia, loquace, iperattiva, scherzava molto volentieri ed era molto molesta con le altre ricoverate. Spesso aveva scoppi di collera e vivaci reazioni riuscendo di qualche pericolo.

Tali condizioni rimangono anche ora presentando pure fugaci periodi di lieve depressione dopo i quali ritorna rapidamente in uno stato maniaco.

Dal lato ginecologico nulla si riscontra di morboso. È in menopausa.

Caso 20. — Bev. Maria Teresa, di anni 39. Nata e domiciliata a S. Olcese. Coniugata. Entra in Manicomio il 17 febbraio 1912.

Ereditarietà negativa. Mestruazioni sempre regolari. Prese marito a 18 anni. Ha avuto sette gravidanze

senza alcun disturbo, provvide da sola all'allattamento di tutti i figli. È sempre stata bene. Quattro mesi prima di entrare in Manicomio ha incominciato a mostrarsi melanconica, a piangere spesso, ad esternare idee di peccato. In seguito ad un tentativo di suicidio viene ricoverata nell'Istituto. Qui fino al mese di agosto ha continuato in una sindrome depressiva con turbe sensoriali, idee deliranti di auto-incriminazione, insonnio, rifiuto di cibo, periodi protratti di eccitamento psicomotore. In agosto ha presentato una fugacissima fase ipomaniaca; in settembre riordino di tutti i poteri psichici con critica dei disturbi sofferti.

Dal lato ginecologico si mette in evidenza una retroversione uterina di primo grado.

Caso 21. — Tac. Caterina, di anni 37, casalinga, coniugata. Nata e domiciliata a Busalla. Ammessa in Manicomio il 19 febbraio 1912.

Viene esclusa la tara gentilizia. È sempre stata bene. Ha avuto 4 gravidanze sopportate senza alcun disturbo. Nulla nel passato è stato notato a carico degli organi sessuali. Da quattro mesi ha incominciato a presentare depressioni di umore con idee deliranti di autoaccusa, d'indegnità, rifiuto di cibo, ecc. In manicomio si riscontra una spiccata sindrome depressiva accompagnata da profonda anemia. Qualche volta mestruazioni abbondanti dolorose. Dopo otto mesi di degenza viene dimessa notevolmente migliorata dal lato psichico.

Dal lato ginecologico si riscontra un certo grado di antiflessione e lateroflessione destra uterina.

Caso 22. — Sar. Maria, di anni 35, coniugata. Domiciliata a Quarto dei Mille. Entra in Manicomio il 5 novembre 1911.

Gentilizio immune. Mestruazioni, gravidanze e parti regolari. Nel 1908 ha avuto un accesso a sindrome depressiva durato circa 40 giorni. Dopo è rimasta bene fino all'ottobre del 1911. In Manicomio ha presentato sindrome maniacale con esaltamento di umore, erotismo, logorrea, disordine del contegno, insonnio.

Dal lato ginecologico nulla presenta di anormale.

Caso 23. — Schiaf. Francesca, di anni 34, vedova, nata a Camogli, domiciliata a Genova. Ammessa il 17 gennaio 1912.

Una sorella morta in Manicomio. Prese marito a 30 anni. Le mestruazioni vengono dette regolari. È stata altre due volte in manicomio.

Qui ha presentato per lunghi mesi un quadro maniacale. Dopo l'esame ginecologico, praticato quando i sintomi incominciavano a subire una remissione, l'ammalata ha presentato per qualche tempo viva ostilità contro il medico imputandolo di sfregio alla sua persona.

L'esame degli organi genitali ha messo in evidenza vagina stretta, utero in inizio di involuzione.

Caso 24. — Tob. Rosa, nata e domiciliata a Stella, contadina, nubile. Ammessa in Manicomio il 15 novem-

bre 1898. La Tob. dall'epoca del suo ingresso presenta periodici accessi di esaltamento e di depressione. Durante gli accessi di esaltamento è gaia, loquace, disordinata, spesso impulsiva, logorroica. Durante gli accessi di depressione presenta marcato arresto psichico, non parla, qualche volta diventa stuporosa. Negli intervalli è ordinata, docile, laboriosissima. Tanto lo stato di esaltamento quanto quello di depressione si protraggono per lo più oltre un mese. I periodi intervallari hanno di solito la durata di quattro, cinque mesi.

Non è stato possibile praticare l'esame ginecologico per l'ostinato rifiuto della paziente.

Caso 25. — Delle Pia. Maria, di anni 52. Nata e domiciliata a Genova. Vedova.

Ammessa in Manicomio il 3 novembre 1907.

Zio paterno morto alienato. Conta otto precedenti ammissioni sempre in istato di esaltamento con intervallo di circa un anno. L'attuale internamento fu determinato da un nuovo episodio maniacale. Ha frequenti accessi di agitazione con logorrea, impulsi clastici, effervenza dei sentimenti religiosi ed erotici, interrotti o preceduti da brevissimi episodi depressivi. Negli intervalli è ordinata e lavoratrice. Ha avuto un aborto.

In questi ultimi anni va soggetta ad emorragie mestruali. All'esame obbiettivo si riscontra vagina septa; fibrona all'utero.

Caso 26. — Giov. Assunta, di anni 51. Vedova. Nata a S. Martino, domiciliata a Genova. Ammessa il 4 marzo 1912.

Nulla nel gentilizio. I primi sintomi di malattia mentale insorsero a circa 35 anni con sindrome depressiva. Nel 1908 è stata ricoverata in Manicomio per una quarantina di giorni. Nell'ultima degenza ha rivelato una sindrome depressiva fino al luglio nella quale epoca viene dimessa notevolmente migliorata. Ora presenta completo riordino dei poteri psichici.

Dàl lato ginecologico presenta da tempo metrorragie; all'esame obbiettivo si riscontrano piccoli nodi fibromiomatosi multipli, specie in corrispondenza del corno sinistro.

Caso 27. — Av. Rosa, di anni 57, nubile, nata e domiciliata a Genova.

Ammessa in Manicomio il 26 marzo 1912. Due cugini ed il nonno paterno sono stati alienati. Il padre era alcoolista. La paziente è già stata ricoverata per quattro anni nel Manicomio di Via Galata. È uscita una diecina di anni fa.

Durante l'attuale ricovero ha presentato distimia depressiva, arresto psicomotore, idee di auto accusa, ecc. Soffre di tubercolosi polmonare. Dal lato ginecologico nulla si riscontra di morboso. La menopausa è sopravvenuta circa otto anni or sono.

Caso 28. — Cappa. Giuseppina, di anni 34, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 24 novembre 1911.

Da parte della madre sembra che il gentilizio sia puro, da parte del padre invece si riscontrano numerosi

casi di alcoolismo con psicopatie. Il fratello della paziente è pure alcoolista ed alienato. La paziente era giovane intelligente, attiva, tutto lavoro e famiglia. Ha avuto sette figli, che sono sempre stati bene. Durante le gravidanze, l'allattamento, le mestruazioni non ha mai presentato disturbi psichici. Sei anni fa è stata ricoverata per la prima volta in Manicomio per una sindrome depressiva durata sei mesi circa. Dopo la dimissione ha avuto tre figli ed è rimasta sempre bene fino circa sei mesi fa. Cominciò in questo tempo a trascurare le faccende di casa, a non dormire, ad avere còntinue paure, a mostrare delirio di gelosia. Quindici giorni prima dell'internamento in questo Istituto fu colta da emorraggia in causa della quale è stata condotta all'ospedale Pammattone dove è stata operata di raschiamento all'utero. Perdurando ed aggravandosi la sintomatologia psicopatica, venne ricoverata in questo Istituto dove rivelò una spiccata sindrome melanconica. Venne dimessa fortemente migliorata il 2 settembre 1912.

L'esame ginecologico ha messo in evidenza utero in antiversoflessione fisiologica, mobile, indolente. Gli annessi pure sono percepibili ed indolenti.

Caso 29. — Girol. Ida, di anni 32. Coniugata, sarta. Nata a Montecchio, domiciliata a Genova. Ammessa il 24 novembre 1911.

Zio e nipote falsari. Mestruazioni regolari. Ha avuto due figli. A 18 anni ha presentato sindrome depressiva durata circa 15 giorni; a 31 anno sindrome maniacale per più di un mese. Sette od otto settimane prima dell'at-

tuale internamento ha incominciato di nuovo a rivelare sintomi di alienazione. In Manicomio ha presentato una fase maniacale con eccitamento psicomotore, esaltamento dell'umore, erotismo, iperattività disordinata, insonnio ecc., durata fino all'agosto in cui la sintomatologia andò man mano attenuandosi. Venne dimessa in settembre per guarigione.

Dal lato ginecologico: in Manicomio amonorrea per dieci mesi. Obbiettivamente vaginite, endometrite catarrale con erosioni sul muso di tinca, in utero leggermente atrofico. Le mestruazioni sono riapparse dopo la guarigione mentale.

Caso 30. — Cas. Rosa, di anni 65, nata e domiciliata a Genova. Nubile, casalinga. Ammessa in Manicomio il 2 agosto 1912.

È stata altre volte ricoverata in Manicomio; la prima a circa 19 anni. Ora era a casa da più di otto anni e psichicamente stava bene. Le mestruazioni sono cessate da parecchi anni ma non si può stabilire in quale epoca. Da tempo aveva avvertito « un tumore della pancia ». Non ha però mai voluto farsi visitare. Durante la malattia di un fratello con cui viveva era entrata in uno stato di esaltamento piuttosto grave, mentre le altre volte l'accesso si iniziava con una depressione.

In Manicomio rivela spiccata sintomatologia maniacale.

L'esame ginecologico, praticato due volte, ha provocato sempre aggravamento dei sintomi psicopatici.

Obbiettivamente si osserva: vagina stretta; utero difficilmente apprezzabile (parrebbe atrofico); fibroma dell'ovaia.

Caso 31. — Dapi. Maria, di anni 44. Coniugata, casalinga. Nata a Molassana e domiciliata a S. Siro di Struppa. Ammessa in Manicomio il 10 gennaio 1912.

Ereditarietà negativa. A 26 anni prese marito ed ebbe nove figli, sette dei quali vivono e stanno bene, due morirono in tenera età. Non ebbe mai disturbi mestruali nè altre malattie. Attese sempre alle faccende domestiche. Non abusò di sostanze alcooliche. Da quattro anni circa cominciò a dimostrare umore depresso e a preoccuparsi dell'economia domestica.

In Manicomio ha rivelato distimia depressiva, idee deliranti di rovina, momenti di ansia con arresto psicomotore.

Non è stato possibile praticare l'esame ginecologico. La paziente si agita vivamente ad ogni proposta o tentativo.

Epilessia.

Caso 32. — Al. Celeste, di anni 24, nubile; nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 6 febbraio 1907.

Non si hanno notizie anannestiche. Si sa soltanto che ha avuto da giovanetta rapporti sessuali illegittimi. Presenta tipico carattere epilettico. Va soggetta a crisi di accessi convulsivi, che si ripetono in serie, per lo più

in corrispondenza del periodo mestruale. In tale coincidenza presenta pure alle volte attacchi di esaltamento, con violenta eccitazione motoria: diventa clamorosissima, impulsiva, con turbe sensoriali, idee deliranti persecutorie ecc. Nei periodi intervallari è sufficientemente tranquilla.

Si nota lieve esoftalmo; lupus eritematoso; angiocheratoma del Mibelli.

Dal lato ginecologico: mestruazioni dolorose; utero piccolo, atrofico, indolente. Non si apprezzano le ovaie.

Caso 33. — Crov. Caterina, di anni 55, coniugata, nata a Bogliasco, domiciliata a Pieve di Sori, casalinga. Ammessa in Manicomio il 22 novembre 1911. Manca l'anamnesi famigliare. Soffre di frequenti attacchi convulsivi epilettici e di equivalenti psichici molto gravi.

Dal lato ginecologico si riscontra utero in involuzione.

Caso 34. — Tort. Giuseppina, di anni 32; nata e domiciliata ad Altare, nubile. È qui trasferita dal Manicomio di Quarto il 23 marzo 1912, con queste note riassuntive: « Va soggetta ad intercorrenti accessi epilettici spesso susseguiti da confusione, della durata talora di qualche giorno che la rende disordinata nel contegno. Di solito è tranquilla e lavora ».

Nel nostro Istituto si sono osservate mestruazioni scarse non coincidenti con gli accessi convulsivi. Obbiettivamente: utero retroverso, mobile.

Caso 35. — Cam. Giovanna, di anni 32, nubile. Nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 28 luglio 1906.

Nonno paterno morto per apoplessia; padre bevitore; otto fratelli morti piccoli fra i quali uno per meningite. Durante la gravidanza della paziente la madre ha avuto forti dispiaceri. A due anni circa ha sofferto convulsioni. A tredici anni ha presentato di nuovo attacchi convulsivi che in seguito si accompagnarono anche a fenomeni pre e post-accessuali. Gli accessi convulsivi si susseguono uno a l'altro variando molto per intensità e frequenza.

Talora va soggetta a crisi di impulsività propulsiva. Psichicamente presenta i segni di una accentuata degenerazione epilettica. È molto indebolita, ipocondriaca, querulante, bigotta.

Dal lato ginecologico si riscontra utero piccolo e retroverso.

Caso 36. — Alb. Italia, di anni 52. Nata a Livorno, domiciliata a Genova. Nubile. Ammessa in Manicomio il 9 dicembre 1905.

Pare non esista tara ereditaria. Va soggetta a rari accessi convulsivi di natura epilettica. Dopo gli accessi cade in uno stato crepuscolare della durata di alcuni giorni, con allucinazioni acustiche. Negli intervalli è ordinatissima, tranquilla, lavoratrice.

Dal lato ginecologico non si riscontra nulla di anormale.

Caso 37. — Brun. Maria, di anni 25, nubile. Nata a Serzè, domiciliata a Rossiglione.

È qui trasferita il 23 marzo 1912 dal Manicomio di Quarto con queste note: « Andò soggetta ad accessi epilettici, rari, cui seguì spesso attacchi di confusione mentale. Di solito è tranquilla e di buon carattere ». Qui si è constatato che gli accessi sono indipendenti dalle mestruazioni.

Dal lato ginecologico mestruazioni regolari; organi genitali normali.

Caso 38. — Picc. Gaetana, di anni 25, nubile. Nata e domiciliata a Molassana.

È qui trasferita dal Manicomio di Quarto il 23 marzo 1912. Mancano notizie anamnestiche. Va soggetta ad accessi convulsivi epilettici. Ha tendenze aggressive e presenta impulsi suicidi.

Le mestruazioni sono spesso accompagnate da dolore. Gli accessi sono in rapporto alle mestruazioni. Dal lato ginecologico si riscontra utero piccolo, antiverso.

Caso 39. — Nicc. Rosa, di anni 39. Nata e domiciliata a Sestri Ponente. Nubile. Ammessa in Manicomio il 18 novembre 1898.

Durante il ricovero manicomiale ha presentato accessi convulsivi ed equivalenti psichici. Nei periodi intervallari è ordinata, lavoratrice. Però è sempre taciturna; di umore depresso poco socievole.

Dal lato ginecologico si riscontra utero lateroverso a destra con reliquati di annessite a destra.

Caso 40. — Care. Maria, di anni 33, nubile, merlettaia. Nata e domiciliata a Chiavari. Ammessa il 5 febbraio 1912.

Madre sofferente di asma. Da bambina era di carattere normale. Ha percorso con profitto le prime scuole elementari. A 13 anni incominciò a presentare i primi accessi convulsivi; da principio ogni 15, 20 giorni, in seguito, si fecero più frequenti. Da qualche tempo presenta gravi turbe psichiche. È spesso confusa, impulsiva, mostra indebolimento mentale. Le mestruazioni sono sempre state regolari.

In Manicomio presenta accessi convulsivi epilettici spesso seguiti da stato crepuscolare. Querulante con preoccupazioni ipocondriache rivela manifesto decadimento mentale. Attende a qualche lavoro. Gli accessi non hanno rapporto con le mestruazioni. Dal lato ginecologico nulla di obbiettivo.

Caso 41. — Pagli. Maria, di anni 25, nata e domiciliata a Spezia. Ammessa in Manicomio il 25 maggio 1912.

Padre bevitore. Già ricoverata nel Manicomio di Quarto. A 15 anni, sembra, con la prima mestruazione, è sopravvenuto il male epilettico, il quale si è sempre aggravato con accessi frequenti ed equivalenti. Va soggetta a disturbi psichici con depressione ed esaltamento. Ha commesso tentativi di suicidio e di violenza contro i parenti.

Le mestruazioni sono regolari. Nulla si riscontra all'esame obbiettivo degli organi genitali.

Caso 42. — Can. Esterina, di anni 32, nubile, nata e domiciliata a Millesimo. Ammessa in Manicomio il 17 ottobre 1911.

Nonno materno bevitore; a 70 anni morto per apoplessia cerebrale. Un fratello del nonno alienato. Una sorella della ricoverata è morta ad un anno di età in seguito a convulsioni. La paziente era di intelligenza abbastanza pronta. Verso i tredici anni ha presentato i primi accessi convulsivi. Dapprima rari, andarono in seguito divenendo sempre più frequenti. Sopravvennero anche disturbi psichici. È stata ricoverata in una Casa di Salute privata. Nel nostro Istituto si riscontrano accessi epilettici seguiti da stato crepuscolare protratto; periodi di eccitamento, decadenza mentale. I disturbi sono indipendenti dalle mestruazioni.

Dal lato ginecologico mestruazioni regolari. Obbiettivamente non si riscontra nulla di anormale.

Caso 43. — Vidi. Candida, di anni 27, nubile. Nata a Buenos Ayres e domiciliata a Genova. Ammessa il 7 decembre 1911.

Gentilizio puro. Da bambina ha presentato le prime convulsioni. È già stata ricoverata in un Manicomio argentino. Presenta accessi epilettici e frequenti periodi di intenso eccitamento psicomotore. Gli accessi sono più frequenti e forti nel periodo mestruale.

Dal lato ginecologico mestruazioni normali. All'esame obbiettivo gli organi genitali sono normali.

Caso 40. — Care. Maria, di anni 33, nubile, merlettaia. Nata e domiciliata a Chiavari. Ammessa il 5 febbraio 1912.

Madre sofferente di asma. Da bambina era di carattere normale. Ha percorso con profitto le prime scuole elementari. A 13 anni incominciò a presentare i primi accessi convulsivi; da principio ogni 15, 20 giorni, in seguito, si fecero più frequenti. Da qualche tempo presenta gravi turbe psichiche. È spesso confusa, impulsiva, mostra indebolimento mentale. Le mestruazioni sono sempre state regolari.

In Manicomio presenta accessi convulsivi epilettici spesso seguiti da stato crepuscolare. Querulante con preoccupazioni ipocondriache rivela manifesto decadimento mentale. Attende a qualche lavoro. Gli accessi non hanno rapporto con le mestruazioni. Dal lato ginecologico nulla di obbiettivo.

Caso 41. — Pagli. Maria, di anni 25, nata e domiciliata a Spezia. Ammessa in Manicomio il 25 maggio 1912.

Padre bevitore. Già ricoverata nel Manicomio di Quarto. A 15 anni, sembra, con la prima mestruazione, è sopravvenuto il male epilettico, il quale si è sempre aggravato con accessi frequenti ed equivalenti. Va soggetta a disturbi psichici con depressione ed esaltamento. Ha commesso tentativi di suicidio e di violenza contro i parenti.

Le mestruazioni sono regolari. Nulla si riscontra all'esame obbiettivo degli organi genitali.

Caso 42. — Can. Esterina, di anni 32, nubile, nata e domiciliata a Millesimo. Ammessa in Manicomio il 17 ottobre 1911.

Nonno materno bevitore; a 70 anni morto per apoplessia cerebrale. Un fratello del nonno alienato. Una sorella della ricoverata è morta ad un anno di età in seguito a convulsioni. La paziente era di intelligenza abbastanza pronta. Verso i tredici anni ha presentato i primi accessi convulsivi. Dapprima rari, andarono in seguito divenendo sempre più frequenti. Sopravvennero anche disturbi psichici. È stata ricoverata in una Casa di Salute privata. Nel nostro Istituto si riscontrano accessi epilettici seguiti da stato crepuscolare protratto; periodi di eccitamento, decadenza mentale. I disturbi sono indipendenti dalle mestruazioni.

Dal lato ginecologico mestruazioni regolari. Obbiettivamente non si riscontra nulla di anormale.

Caso 43. — Vidi. Candida, di anni 27, nubile. Nata a Buenos Ayres e domiciliata a Genova. Ammessa il 7 decembre 1911.

Gentilizio puro. Da bambina ha presentato le prime convulsioni. È già stata ricoverata in un Manicomio argentino. Presenta accessi epilettici e frequenti periodi di intenso eccitamento psicomotore. Gli accessi sono più frequenti e forti nel periodo mestruale.

Dal lato ginecologico mestruazioni normali. All'esame obbiettivo gli organi genitali sono normali.

Caso 44. — Fer. Cimbra, di anni 35, nubile. Nata e domiciliata a Spezia. Ammessa in Manicomio il 16 maggio 1902.

È un'epilettica che va soggetta a forti e frequenti accessi convulsivi, che talora sono sostituiti da equivalenti psichici, stati crepuscolari, impulsività, distimie.

Le mestruazioni sono abbondanti. Obbiettivamente dal lato ginecologico non si riscontra nulla di anormale.

Caso 45. — Camp. Angela, di anni 44, nubile. Nata e domiciliata a Sampierdarena.

Forte tara ereditaria. Viene qui trasferita il 23 marzo 1912, dal Manicomio di Quarto con queste note riassuntive: « Va soggetta a rari accessi epilettici. È di solito noiosa, querula, irritante, condizioni che si accentuano nei periodi ante e postconvulsivo ». Gli accessi sono indipendenti dalle mestruazioni.

Dal lato ginecologico in questo Istituto si è osservato mestruazioni con tendenza ad anticipare. Piccoli nodi fibromiomatosi. A proposito di organi sessuali si nota ancora una mammella soprannumeraria nel torace a sinistra.

Caso 46. — Pittal. Rosa, di anni 39, nata e domiciliata a Sampierdarena. Coniugata. Ammessa in Manicomio il 28 febbraio 1907.

Padre alcoolista. Due zie paterne alienate. Mestruazioni regolari. Ha avuto un parto. Nel 1906 è stata ricoverata nel Manicomio di Via Galata. Due mesi prima

del ricovero ha tentato il suicidio ferendosi con un coltello alle braccia e tentando di gettarsi dalla finestra. Nel Manicomio appare triste, depressa, con episodi di agitazione. Dopo due mesi veniva dimessa in prova. Rientrata due giorni dopo, viene dimessa un'altra volta in decembre per essere nuovamente accolta in Manicomio nel febbraio del 1907 in istato di esaltamento. Settimanalmente per lo più vien colta da un vero accesso epilettico convulsivo, qualche volta sostituito da uno stato crepuscolare con disordine di contegno, coprolalia, crisi di pianto. Manifesta spiccato temperamento epilettico. Da qualche tempo è andata notevolmente ingrassando.

Dal lato ginecologico non si riscontra nulla di anormale.

Caso 47. — Zuni. Eugenia, di anni 27, nubile. Nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 27 giugno 1909.

Gentilizio tarato. L'ammalata ha incominciato a soffrire fino dall'età di 14 anni convulsioni, che la colgono per lo più di notte e spesso in serie. Le mestruazioni sono sempre state regolari. Ha avuto rapporti sessuali.

Qualche tempo prima del ricovero incominciò a rimanere dopo l'accesso per qualche tempo confusa, disorientata in preda ad agitazione psicomotrice, con qualche tendenza impulsiva. Nel Manicomio si sono fatti più rari e meno accentuati i disturbi psichici postaccessuali. Marcato appare però nell'ammalata il carattere epilettico, per cui talvolta diventa bizzosa e facilmente

impulsiva. Intellettualmente è alquanto indebolita. Nei periodi intervallari è lavoratrice.

Dal lato ginecologico nulla si riscontra di morboso.

Caso 48. — Fresc. Angela, di anni 25, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 6 maggio 1901.

Madre ricoverata in Manicomio, padre alcoolista più volte condannato alla reclusione. È una deficiente intellettualmente, con spiccata degenerazione morale ed epilettica, con frequenti accessi convulsivi.

Dal lato ginecologico nulla si riscontra di anormale.

Caso 49. — Nebb. Maddalena, di anni 24, nubile. Domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il giorno 4 marzo 1912.

Il padre era alcoolista. Sia dal lato paterno, sia da quello materno esiste tara ereditaria neuropatica. La madre durante la gravidanza della paziente è stata colpita da grave spavento in seguito ad un tentativo di violenza carnale, al quale si è vivamente ribellata. Il parto è stato laborioso, ma non ha richiesto l'uso del forcipe. La bambina ha incominciato a camminare a 18 mesi. Era molto gracile e per la scarsezza del latte materno è stata nutrita in prevalenza con latte di vacca e minestrine.

Soffriva continuamente di enterite. È andata soggetta ai comuni esantemi dell'infanzia. All'età di circa otto anni e mezzo ha sofferto un grave trauma psichico

per aver veduto un uomo cadere in terra in seguito ad un attacco epilettico. Pochi mesi dopo questo episodio ha incominciato a presentare frequentemente fenomeni convulsivi, che si limitavano all'arto superiore e che erano accompagnati da un certo grado di obnubilamento della coscienza. Tali convulsioni si ripetevano anche più volte nella giornata. Prima dell'attacco la paziente notava « una speciale sensazione di calore » per cui riusciva ad avvertire chi le stava vicino.

Le mestruazioni, sempre molto scarse, sono comparse a 12 anni. A questa età pure sono insorti i primi accessi convulsivi generalizzati, accompagnati sempre da perdita di coscienza. Veduta da vari medici è stata sottoposta a molteplici cure bromiche, ma i fenomeni convulsivi si sono ripetuti sempre lasciando larghe tregue, una volta persino di un anno. Le convulsioni alle volte coincidono con il periodo mestruale, alle volte lo seguono o lo precedono immediatamente, altre infine sono senza alcun rapporto con la mestruazione. Si presentano specialmente al mattino.

Spesso il giorno antecedente alla convulsione si nota iperattività inconcludente con esaltamento dell'umore e fortissima tendenza ad abusi alcoolici, che riesce quasi sempre a soddisfare.

Il disturbo motore non si presenta però sempre con l'attacco convulsivo completo. Di quando in quando la paziente presenta ampi movimenti clonici, che interessano specialmente gli arti, che durano anche 24 ore e durante i quali l'ammalata non perde la coscienza. Visitata da un ginecologo è stata fatta diagnosi di « utero

deviato congenitamente » ed è stata operata. Dopo la cura però non cessarono i disturbi, anzi si aggravarono accusando la paziente spesso un senso mal definito di malessere, l'origine del quale viene imputato all'utero dove « le sembra di sentire muovere qualche cosa ». Neppure le mestruazioni dopo l'intervento ginecologico hanno presentato qualche modificazione.

In Manicomio si è messo in evidenza: puerismo intellettuale, affettività superficiale, vivacità nelle manifestazioni esterne, variabilità di umore, facile impressionabilità, tendenza al cicaleccio, ecc. Si riscontra esoftalmo.

Dal lato ginecologico si trova utero piccolo, atrofico infantile. Probabile atrofia ovarica.

Demenza precoce.

Caso 50. — Min. Caterina, di anni 42, nubile, domestica, nata a Martina d'Olba, domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 14 marzo 1912.

La malattia mentale esordiva con fenomeni di depressione e con alternate remmittenze ed esacerbazioni decorse per il non breve periodo di circa due anni dando poscia luogo alla comparsa di un assurdo delirio paranoide, con idee di avvelenamento. Diventata impulsiva per le sue tendenze reattive contro presunti persecutori, si rendeva necessario il di lei ricovero.

Tuttora il delirio sovra menzionato si mostra persistente, obiettivato per l'innanzi nella persona di qualcuno dei suoi padroni di casa e nel Manicomio nelle

infermiere che, essa dice, l'hanno sempre avvilita e contrariata permettendo che di giorno e di notte la infastidiscano.

La sera è sempre l'ultima a coricarsi, per paura che qualcuno abbia a farle del male. Mostra tendenza ad isolarsi dalle altre ammalate; è negativista, manierata negli atti e nel linguaggio. Va soggetta a qualche fugace scatto di irritabilità, che la fa dare in smanie per tosto ritornare torpida ed apatica. Da qualche tempo è andato rendendosi in essa manifesto un certo grado di debolezza mentale.

Non mostra alcuna attitudine ad occuparsi utilmente.

Durante la degenza nella mia sezione (10 mesi) le mestruazioni hanno avuto un andamento regolare. All'esame ginecologico non si trova nulla di morboso. Imene frangiato.

Caso 51. — Gron. Maddalena, di anni 38, vedova, nata e domiciliata a Voltri. Ammessa in Manicomio il 10 febbraio 1905.

Pare che il gentilizio sia immune da malattie ereditarie. La psicopatia della G. si iniziò in seguito ad uno spavento, con sconnesso delirio di persecuzione sostenuto da vivaci disturbi sensoriali, impulsività pantoclastiche, insonnia, ecc.

Tali fenomeni si mantennero pressochè immutati per circa un anno, in seguito si andarono gradatamente attenuando ma si rese sempre più manifesta una condizione di profondo indebolimento dei poteri psichici. Dice

di veder spesso dei preti ed altre persone che minacciano di buttarla dalla finestra o cercano di soffocarla stringendole il cuore. È manierata nel parlare. Esprime qualche idea di grandezza, dubita di essere una santa, perchè le pare spesso di trovarsi in Paradiso. Manifesta di quando in quando preoccupazioni ipocondriache, è pulita nella persona ed ordinata nel contegno; di tanto in tanto però reagisce clamorosamente a voci allucinatorie. Rifiuta qualsiasi lavoro. La sua salute fisica si mantiene sempre soddisfacente.

L'esame ginecologico incontra resistenza. Del resto al reperto nulla di morboso.

Caso 52. — Tes. Algira, di anni 30, nubile, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 17 febbraio 1904.

Padre bevitore, una zia materna alienata ed un cugino pure. La prima mestruazione è apparsa a 17 anni, le successive sono state sempre abbondanti.

L'inizio della malattia si manifestò con alterazione dell'affettività, della volontà, della condotta in genere. Si è sempre mantenuta in tali condizioni passando fra alternative di grande negativismo ed eccitazione motoria. È stata anche sitofoba. Oggi presenta un evidente stato demenziale. Dal lato fisico si riscontra un profondo grado di anemia.

Le mestruazioni in Manicomio sono sempre state irregolari. L'esame ginecologico riesce difficile; non si trova però nulla di morboso.

Caso 53. — Can. Matilde, di anni 39, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 27 settembre 1904.

La madre fu affetta da isterismo e morì per emorragia cerebrale. Dalla pubertà in poi l'inferma manifestò costituzione neuropatica. Dopo il secondo parto presentò disturbi dispeptici insistenti e ribelli ad ogni cura. Poco dopo, in seguito ad un'emozione, incominciò a presentare allucinazioni visive ed uditive a contenuto persecutorio, depressione intensa, idee suicide. Per qualche tempo sofferse di sitofobia, stati di ansia, agitazione, insonnia. A questo stato ne succedette uno di stupore profondo con negativismo, sitofobia, movimenti stereotipati, ecolalia. Nel Manicomio, dove fu ricoverata in seguito a due tentativi di suicidio, ha attraversato lunghi periodi di stupore catatonico con negativismo, sitofobia e periodi di agitazione catatonica. È molto incoerente nei discorsi, ride e piange sempre senza motivo. In questi ultimi tempi ha sofferto pleurite .

Non è possibile praticare l'esame ginecologico presentando la paziente vivissima resistenza.

Caso 54. — Leo. Adele, di anni 32, nata ad Aquila, domiciliata a Genova; nubile, sarta. Accolta in Manicomio il 13 novembre 1905 ad anni 25.

È ignota l'anamnesi famigliare e mancano pure notizie di quella personale. Ha avuto rapporti sessuali. Durante la degenza manicomiale ha sempre rilevato turbe sensoriali ed idee deliranti di indole persecutoria. Ha visto la Madonna che l'avvisò di guardarsi dagli

avvelenatori e dai maldicenti. Tutti i giorni tentano di avvelenarla, la vogliono ammazzare a poco a poco. Ora, a suo giudizio, la colpa è delle infermiere, talvolta invece crede siano i medici a somministrarle il veleno. In complesso il suo delirio presenta poca coerenza. Di quando in quando i fenomeni allucinatori si fanno più vivaci ed allora diventa clamorosa, agitata ed irritabile. In generale tuttavia ha un contegno abbastanza corretto ed ordinato. Si occupa di qualche lavoro.

Dal lato somatico: seni fistolosi di natura tubercolare.

All'esame ginecologico si riscontra atrofia dell'utero e della vagina.

Caso 55. — Far. Teresa, di anni 27, da Lerici, coniugata, accolta in Manicomio il 18 gennaio 1911.

Padre alcoolista, madre alquanto deficiente. Uno zio alienato. L'ammalata è definita dalle vicine di casa come un po' « leggera e superstiziosa ».

Due anni fa sposò un cuoco di bordo, molto più avanzato in età di lei e che si era prima unito col solo vincolo religioso con altra donna. Sembra che dal tempo del matrimonio l'a. abbia incominciato ad essere malinconica, pentendosi dell'unione avvenuta ed accusando le conoscenti che l'avevano spinta a farla. Il 5 settembre partorì a termine un bambino; per il parto occorse l'intervento manuale dell'ostetrico. Quindici giorni dopo il parto si sviluppò una mastite. Psichicamente incominciò a peggiorare qualche giorno prima del parto. Negli ultimi giorni di permanenza nell'ambiente

famigliare comparvero idee di persecuzione con timore di avvelenamento. Ebbe impulsi violenti.

In Manicomio ha mostrato in principio un breve periodo di confusione con turbe sensoriali; in seguito fatuità, inaffettività, contegno stolido, idee deliranti assurde ed instabili.

Dal lato somatico lieve ipofonesi, respiro aspro in corrispondenza dell'apice polmonare sinistro, adenite cervicale.

Dal lato ginecologico amenorrea. L'esame non ha messo in rilievo nulla di morboso.

Caso 56. — Cas. Virginia, di anni 35, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 3 luglio 1907.

Ebbe una prima ammissione nel Manicomio di Via Galata dal primo ottobre 1905 all'11 giugno 1906.

La malattia si manifestò inizialmente durante il puerperio, con fenomeni di esaltamento.

Con il progredire del tempo si mostrò sempre più lesa nelle facoltà volitive ed intellettive raggiungendo un avanzato stato demenziale. È del resto sufficientemente corretta nel contegno e nella condotta; passa però le giornate completamente inoperosa e per lo più nello stesso posto.

Dal lato ginecologico in manicomio si è constatato: mestruazioni scarse, retroversione uterina di secondo grado.

Caso 57. — Cast. Matilde, di anni 44, casalinga, vedova, nata a Palermo, domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 4 gennaio 1912.

Si trovava da pochi giorni a Genova. Prima era a Milano dove da poco tempo era stata dimessa da un Manicomio. Ignorasi gli altri precedenti sia famigliari che personali. Durante la degenza ha dapprima manifestato numerose idee di grandezza e di persecuzione (aveva per 23 anni avuto rapporti sessuali con Vittorio Emanuele II, l'avevano attirata a Genova per rovinarla, la gente le parlava per la bocca e le faceva fare delle asinerie). È soggetta a vivaci allucinazioni acustiche che provocano da parte sua frequenti reazioni violente. Spesso è clamorosa, ribelle, aggressiva.

Non è possibile l'esame ginecologico opponendosi vivamente la paziente.

Caso 58. — Nol. Angela, di anni 31, coniugata, casalinga, nata a Serra Riccò, domiciliata a Genova, ammessa in Manicomio il 9 gennaio 1907.

È già stata altre volte nel Manicomio di Via Galata, una nel 1905, due nel 1906. Le mestruazioni per il passato erano regolari.

La malattia incominciò con lieve stato depressivo che andò sempre più accentuandosi dando luogo a fenomeni di ansia, con notevole agitazione, assurde idee deliranti d'indole persecutoria ed impulsi violentissimi sia contro le persone sia contro gli oggetti che le capitavano fra le mani.

Incoerente nel discorso, spesso allucinata, ha presentato pure episodi catatonici.

L'esame ginecologico è difficile opponendovisi l'ammalata. Si riesce però a praticarlo. Obiettivamente nulla. Le mestruazioni anche durante la nostra osservazione sono state regolari.

Caso 59. — Cer. Giulia, coniugata, nata a Torriglia, domiciliata a Davagna. Ammessa in Manicomio il 5 giugno 1907.

Grave eredità psicopatica. La sintomatologia morbosa risale a qualche anno. Incominciò a concepire idee persecutorie contro il marito, passando anche a minaccie e a vie di fatto. Trascurava la casa ed i figli, rifiutava i cibi, vagabondava notte e giorno. Quando entrò in Manicomio l'indebolimento psichico era assai accentuato e si andò rapidamente aggravando. Ora sta quasi sempre in un angolo, appartata dalle altre, nella più assoluta inerzia. All'interrogazione risponde evasivamente con un monosillabo e con un fatuo sorriso. Sente delle voci che dicono: qui c'è il guercio (allude al marito). È innocua nel contegno; piuttosto trascurata nella persona. Dal lato ginecologico nulla di morboso.

Caso 60. — Vern. Palmira, di anni 29, nubile, nata e domiciliata a Genova, maestra. Ammessa in Manicomio il 16 agosto 1911.

Un fratello malversatore. Era di carattere malinconico; dopo un patema d'animo avuto nell'agosto è diventata ancora più depressa. In casa pregava sempre;

ha tentato il suicidio. Condotta nell'Ospedale Civile vi rimase fino al suo ingresso nel Manicomio.

Qui presentò spiccata inaffettività; atteggiamenti manierati, fasi di stupore catatonico con intenso negativismo e periodi di grave agitazione. Fisicamente si riscontra anemia. Ha mestruazioni regolari. Non è possibile praticare l'esame ginecologico per il negativismo della paziente.

Caso 61. — Cigl. Armanda, di anni 32, nata e domiciliata a Genova, coniugata. Ammessa in Manicomio l'8 febbraio 1908, all'età di anni 29. Mancano notizie anamnestiche famigliari. La paziente ha avuto tre figli; durante un puerperio, nel 1906, ha rivelato i primi disturbi psichici e sembra abbia presentato turbe sensoriali con idee deliranti persecutorie. Fu ammessa in Manicomio il 22 gennaio 1907 e nell'8 febbraio 1908.

Nei vari internamenti è sempre stata in condizione di depressione torpida; negli intervalli mantenne carattere fatuo. Da qualche mese è sufficientemente corretta nel contegno, ma sempre fatua, inaffettiva, con manierismi. Quando parla sorride scioccamente e rivela subito un senso critico molto superficiale. Ha periodi di coprofilia e coprofagia. Non si rivelano fatti allucinatori, nè idee deliranti. Dal lato somatico anemia. Dal lato ginecologico cistocele.

Caso 62. — Bol. Carmelina, di anni 22, nata a Bottofreno, domiciliata a Genova, nubile. Entra in Manicomio il 27 febbraio 1912.

Il padre è neuropatico: due fratelli della paziente sono morti in seguito, sembra, a menengite. La paziente è nata a termine. La deambulazione e la parola sono comparse a tempo regolare. Verso i 14 anni ha sofferto di disturbi intestinali ed è comparsa la prima mestruazione. Le successive specie in questi ultimi tempi sono state scarse. Psichicamente ha sempre rivelato un carattere in predominanza apatico. Da un anno circa la sintomatologia psicopatica si è aggravata; la paziente di quando in quando mostrava nell'ambiente famigliare spunti di idee persecutorie; si lagnava spesso di cefalea; episodicamente prorompeva in impulsi verbali. In Manicomio si è riscontrato depressione di umore, apatia, inaffettività, insonnia, sitofobia. Fisicamente presenta evidente oligeomia. Si riscontrano le strie cicatriziali pseudo-gravidiche descritte dal dott. Volpi. Dal lato ginecologico nulla si trova di morboso.

Caso 63. — Cord. Caterina, di anni 39. Ammessa in Manicomio il 22 aprile 1898.

Mancano notizie anamnestiche famigliari ed individuali. Presentava allucinazioni acustiche a contenuto persecutorio, interpretazioni deliranti analoghe. Si diceva misteriosamente influenzata per mezzo di manovre ipnotiche che la tenevano frequentemente in uno stato di letargo. Presso a poco è rimasta sempre in queste condizioni. Ha linguaggio manierato e circonvoluto. Attende a qualche lavoro. Dal lato somatico nulla d'importante. Dal lato ginecologico nulla di morboso.

Caso 64. — Marisc. Adalgisa, di anni 33, nata e domiciliata a Genova, cameriera. Ammessa in Manicomio l'8 settembre 1911.

La madre è morta in Manicomio. Mancano notizie anamnestiche remote. La paziente è stata ricoverata la prima volta nel Manicomio di Via Galata nel luglio del 1911. Dimmessa il primo settembre s'impose di nuovo il ricovero dopo sette giorni. Va soggetta a crisi allucinatorie, specialmente uditive. Ha idee deliranti di persecuzione, di avvelenamento e perciò pretende sempre di cambiar luogo. Ha avuto qualche episodio di mutacismo ed altre manifestazioni negativistiche. Nei periodi di calma è laboriosa. Non è stato possibile praticare l'esame ginecologico opponendovisi l'ammalata violentemente. Le mestruazioni sono regolari.

Caso 65. — Mat. Margherita, di anni 40, nata a Bourbon. Prostituta. Ammessa in Manicomio l'11 aprile 1904.

È entrata in condizioni di accentuato esaltamento, con violenta eccitazione motoria. È sempre stata soggetta ad allucinazioni specialmente uditive con delirio persecutorio.

Attualmente è indebolita, spesso irritabile ed impulsiva; ha periodi nei quali è tranquilla ed allora si presta a qualche servizio. Dal lato ginecologico nulla si riscontra di anormale.

Caso 66. — Sir. Nicoletta, di anni 41, nata a Savona ed ivi domiciliata. Ammessa in Manicomio il 15 maggio 1900.

Quando è stato ordinato il ricovero, la malattia durava da mesi. Incominciò con idee e spunti deliranti a fondo erotico e persecutorio. Fu ricoverata perchè aveva spesso reazioni violente contro i parenti. Presentava evidenti manierismi specialmente nel parlare; di quando in quando era impulsiva, aggressiva, clamorosissima. Ora sono andati aumentando i segni di indebolimento mentale; conservansi ancora le traccie dell'antico delirio, ma vaghe ed improntate ad assoluta incoerenza. È ordinata sufficientemente e si occupa di qualche lavoro. Dal lato ginecologico nulla si riscontra di morboso.

Caso 67. — Sal. Giuseppina, di anni 33, nata a Savona, domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio l'8 gennaio 1909.

Una sorella suicida. Fu sempre di carattere alquanto strano, con crisi d'irritabilità che la rendevano insopportabile nell'ambiente domestico. Questi periodi si resero, in seguito, più gravi e frequenti complicandosi inoltre con disturbi sensoriali e con idee di persecuzione. Le reazioni aggressive divennero poi più pericolose da imporre il suo ricovero. Entrò in Manicomio in preda ad un vivo stato di agitazione motoria con verbigerazione, impulsi clastici, tendenze erotiche, clamorosità. Dopo un paio di settimane a questo stato si sostituì una condizione di pseudo-stupore con mutacismo e sitofobia che rese necessaria l'alimentazione con la sonda. Tale quadro sintomatico persistette circa tre mesi dopo i quali l'inferma entrò nelle condizioni che presenta attualmente. Essa è generalmente tranquilla, noncurante dell'am-

biente; si aggira sempre da sola, e taciturna; di quando in quando presenta qualche impulso aggressivo verso le altre ammalate o si dà a lacerare gli abiti. Non risponde alle domande, non si occupa di alcun lavoro. Dal lato ginecologico nulla si mette in rilievo di morboso.

Caso 68. — Gaz. Francesca, di anni 43, nata ad Alessandria, domiciliata a Genova, nubile. Ammessa in Manicomio il 3 marzo 1900.

La nonna è stata ricoverata nel Manicomio di Via Galata, il padre è morto per sifilide cerebrale.

Fin da ragazza ha mostrato stranezze di carattere e facili impulsi. Ha vissuto a lungo insieme con un uomo di età avanzata, rimanendo isolata dal consorzio. La forma morbosa attuale esordì specialmente con interpretazioni egocentriche ed erotiche. Commise in seguito ogni sorta di stranezze, si ritenne perseguita ed insidiata. Sembra che abbia tentato il suicidio. Una volta avrebbe gettato in latrina molti titoli di rendita e gioielli, che solo in parte poterono essere ricuperati. Avrebbe ciò fatto per sottrarre i valori alla rapacità dei propri persecutori.

Attualmente presenta un notevole indebolimento psichico. È manierata, ha linguaggio fatuo e poco coerente. Dal lato ginecologico si osserva periodi di amenorrea. Obiettivamente nulla si riscontra di morboso.

Caso 69. — Gian. Gilda, di anni 33, nubile, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 21 decembre 1899.

Tre mesi prima di entrare in Manicomio aveva incominciato ad esprimere idee persecutorie che traevano origine da un amore contrastato. Manifestò anche propositi di suicidio che tentò di attuare a varie riprese, cercando, per esempio, di gettarsi dalla finestra, di avvelenarsi con sostanze medicamentose, ecc. Essendo inoltre divenuta pericolosamente aggressiva contro gli altri si dovette provvedere al suo ricovero. Al suo ingresso presentava uno stato di esaltamento motorio, verbigerazione, incoerente delirio di persecuzione. I fenomeni aretistici a poco a poco andarono attenuandosi. Da molti anni è discretamente pulita ed ordinata nel contegno; non presenta più impulsi pericolosi, si presta a qualche lavoro, ma le sue facoltà psichiche hanno subìto un profondo decadimento che si rivela con una quasi assoluta apatia. A stento si riesce a cavarle qualche parola. Dal lato ginecologico nulla di morboso.

Caso 70. — Las. Angela, nata a Reggio, nubile. Ammessa in Manicomio l'11 giugno 1910.

Da lungo tempo ammalata. All'ingresso presentava delirio di persecuzione, di avvelenamento e di grandezza, eccitamento motorio. Ora è sufficientemente calma, ma persistono allucinazioni acustiche. Lunghi soliloqui. Inoltrato indebolimento mentale.

La malata si agita, si ribella all'esame ginecologico, che però si riesce a compiere. Dopo rimane per tutto il giorno clamorosa. Non si è riscontrato nulla di patologico.

Caso 71. — Pag. Angela, di anni 32, nativa di Quarto dei Mille, domiciliata a Genova, sarta, nubile. Entrata in Manicomio il 19 settembre 1905.

Padre bevitore, zia paterna alienata. La prima mestruazione è comparsa a 17 anni. Dopo è rimasta amenorroica per tre mesi, in seguitò regolare. I primi disturbi psichici sono stati notati verso il ventisettesimo anno d'età, dopo un patema d'animo. Rivela un delirio persecutorio assai vivace, ma piuttosto monotono e fatuo. Dice che è una regina spodestata e che le attribuiscono tendenze amorose verso l'una e l'altra persona, mentre essa odia l'amore e gli uomini. Abitualmente è molto chiusa: difficilmente rivolge la parola alle altre ammalate. Spesso rivela allucinazioni acustiche ed allora prorompe in clamorose invettive, minacciando pene a chi ascolta le sue misteriose rivendicazioni.

Non è possibile praticare l'esame ginecologico opponendo la paziente vivissima resistenza.

Caso 72. — Gam. Maria, di anni 24, nubile, casalinga, nata e domiciliata a Pontedecimo. Ammessa in Manicomio il 28 gennaio 1911.

Gentilizio puro. È, riferiscono i parenti, cresciuta bene sia mentalmente che fisicamente. Mestruazioni regolari. Da due anni si è notato un notevole cambiamento: diventata malinconica, mangiava poco, stava chiusa in casa. I genitori attribuiscono tutto questo a passione amorosa. In questi ultimi tempi si è fatta manesca, sudicia, fatua, inaffettiva.

In Manicomio ha rivelato sintomatologia catato-

nica. L'esame ginecologico riesce impossibile per il negativismo della paziente.

Caso 73. — Saion. Bice, di anni 29, casalinga, coniugata, nata a S. Terenzio, domiciliata a Genova. Ammessa in questo Manicomio il 6 settembre 1912.

Padre bevitore. Zio neuropatico. La prima mestruazione è comparsa a 14 anni circa. Le mestruazioni hanno tendenza ad anticipare, durano 4 o 5 giorni. Il marito non ha mai osservato durante il periodo catameniale mutamenti psichici. Si è sposata nel 1903. Non ha avuto gravidanze. Due anni fa, specialmente per il desiderio dei figli da parte del marito, è stata sottoposta a visita ginecologica. Da allora è stata sempre in cura di due ginecologi specialisti. Durante la cura sono insorti i primi disturbi psichici caratterizzati da apatia, indifferenza, rifiuto di cibo, mancanza di cura personale, impulsioni ecc.

In Manicomio è inaffettiva, apatica, fatua, passiva, ecc. Si riscontra anemia.

All'esame ginecologico si osserva: utero piccolo, retroverso; endometrite fungosa.

Caso 74. — Ras. Giuseppina, di anni 52, nata e domiciliata a Genova, nubile. Ammessa in Manicomio il 6 settembre 1900.

Ereditarietà psicopatica negativa. La malattia esordì qualche anno prima dell'ammissione con delirio di persecuzione, idee di influenza fisica che provocavano reazioni violenti. Al momento dell'ingresso in Manico-

mio erano già evidenti i segni di un indebolimento psichico che andò rapidamente accentuandosi.

Ebbe anche periodi di agitazione, sitofobia, ecc. Attualmente è da molto tempo tranquilla ma la sua condotta è improntata ad uno spiccato negativismo. È manierata negli atteggiamenti, spesso mutacista, ecc. Dal lato ginecologico va notato che le mestruazioni sono state sempre scarse e che da due anni sono cessate. Obbiettivamente si riscontrano: genitali esterni piccoli, atrofici. Imene anulare, che non permette l'introduzione del dito. All'esame rettale l'utero è appena percettibile.

Caso 75. — Truc. Teresa, di anni 29, coniugata, nata a Genova, domiciliata a Sampierdarena. Trasferita quì dal Manicomio di Quarto dei Mille il 23 marzo 1912.

È recidiva; ha avuto periodi di depressione e di esaltamento con accentuazione del sentimento erotico. È da molti mesi negativista. Non è possibile praticare l'esame ginecologico per il negativismo della paziente. Mestruazioni irregolari.

Caso 76. — Ros. Angiolina, di anni 50, nata a Borgo Lavezzaro, domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 24 giugno 1895.

Era già stata ricoverata nel 1892. Inizialmente la malattia si presentava con sintomi di catatonia e negativismo. In seguito apparvero idee di trasformazione della personalità e di influenza fisica. Ha sempre presentato qualche allucinazione uditiva. Abulica, qualche

volta impulsiva, completamente disaffettiva. Col progredire dello stato demenziale è divenuta molto obesa. Non è possibile praticare l'esame ginecologico diventando la paziente eccitatissima.

Caso 77. — Rat. Maria, di anni 52, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 17 ottobre 1895.

Gentilizio tarato. — Quando è entrata era agitata. Accessi di esaltamento si alternavano per anni con periodi di relativa calma; ma man mano che gli accessi diminuivano di intensità e si facevano più rari, le facoltà intellettuali andavano a poco a poco indebolendosi. Attualmente presenta qualche impulso, è disordinata nel vestire, qualche volta sudicia, spesso coprolalica. Sta sempre rincantucciata; presenta spiccato indebolimento mentale.

Dal lato ginecologico nulla di anormale.

Caso 78. — Per. Giovanna, di anni 36, nubile, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio l'8 decembre 1905.

Al suo ingresso presentava esaltamento con vivaci concetti persecutori.

In seguito ha presentato contegno ed atteggiamenti apatici, andando però soggetta a crisi di agitazione e di clamorosità. Era irritabilissima, alla minima provocazione da parte delle compagne opponeva violenti reazioni impulsive. Subiva quasi continuamente disturbi sensoriali acustici. Attualmente si mostra meno impul-

siva. Rivela un profondo torpore ideativo con fatuità ed incoerenza. Afferma di essere dileggiata dalle altre ammalate. Protesta vivamente per la visita ginecologica che nulla mette in evidenza di morboso. Mestruazioni regolari.

Caso 79. — Pes. Angela, nubile, nata a Belforte Monferrato, domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 18 giugno 1900.

Proviene da un convento. Alla sua ammissione aveva un marcato delirio persecutorio, che la rendeva spesso minacciosa e qualche volta aggressiva. Ora presenta manifesti segni di indebolimento mentale, conserva traccie del primitivo delirio, ma con idee labili poco coerenti. Ha contegno manierato e tendenze erotiche. È tuttavia calma e lavoratrice.

Dal lato ginecologico nulla di morboso.

Caso 80. — Cast. Angela, di anni 42, nubile, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il primo settembre 1902.

È entrata in condizioni di esaltamento. Presentò per un certo tempo allucinazioni uditive, idee deliranti a sbiadita tinta persecutoria e di grandezza. Con il progressivo diminuire dei fatti sensoriali è migliorato il suo contegno. Si nota un certo indebolimento mentale. È cardiopatica. Le mestruazioni sono da qualche tempo scarse. Obbiettivamente si riscontra utero in inizio di involuzione.

Caso 81. — Casan. Margherita, di anni 46, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 21 maggio 1903.

Madre neuropatica, padre alcoolista. I disturbi mentali si sono iniziati qualche anno prima dell'ingresso in Manicomio. Da principio era dominata da idee persecutorie (delirio di avvelenamento); si mostrava aggressiva. Concepiva una spiccata avversione contro il marito ed i figli, che credeva cospirassero contro di lei. Attualmente le concezioni deliranti persistono, ma hanno assunto un evidente carattere demenziale. È dominata spesso da allucinazioni dell'udito e della cenestesi, che la fanno loquace ed irritata.

È impossibile praticare l'esame ginecologico per la resistenza che oppone.

Caso 82. — Cev. Angela, di anni 48, coniugata. Nata a Torriglia domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 3 gennaio 1910.

Ebbe una prima ammissione nel Manicomio di Via Galata il 6 marzo 1899.

Ritirata dai parenti diverse volte, la prova è sempre fallita.

Va soggetta a crisi di eccitamento, sorrette da allucinazioni acustiche, olfattive e gustative, con idee deliranti di persecuzione, di avvelenamento e di influenza fisica. Presenta notevole indebolimento mentale.

Non è possibile praticare l'esame ginecologico per la resistenza opposta dalla paziente.

Caso 83. — Corb. Maria, di anni 39, nubile nata a Montedivallo. Ammessa in Manicomio il 26 marzo 1900.

Non si sa nulla della famiglia; quando entrò in Manicomio era ammalata da poco tempo, presentava esaltamento, ideorrea, verbigerazione, agitazione motoria. Dopo un periodo di alcuni mesi subentrò una fase di relativa calma, man mano però si vennero notando tipici manierismi, negativismo ecc. Attualmente si riscontra notevole indebolimento psichico.

Dal lato ginecologico nulla si osserva di morboso.

Caso 84. — Trav. Pasqualina, di anni 39, vedova, nata e domiciliata e Genova. Ammessa in Manicomio il 5 febbraio 1901.

Figlia di due cugini. All'ingresso si presentò in uno stato di agitazione motoria e clamorosità. È stata per lungo tempo tormentata da disturbi sensoriali. Si mantenne sempre pericolosamente impulsiva.

Da circa tre anni con progressivo decadimento mentale è diventata più calma, ma completamente abulica e disaffettiva. Persistono le allucinazioni acustiche.

Dal lato ginecologico si osserva: vagina a clessidra; utero normale.

Caso 85. — Tos. Amedea, nubile, nata e domiciliata a Sampierdarena. Ammessa in Manicomio il 5 maggio 1897.

Condizioni generali buone. Contegno alquanto disordinato. Per lo più passiva resta per lunghe ore della giornata rincattucciata nella stessa posizione e compie

ritmicamente movimenti automatici accompagnandoli con un suono gutturale incomprensibile. Inizialmente estrinsecava delirio erotico e grandioso. L'intelligenza prima alquanto vivace è andata progressivamente attenuandosi tantochè ora è in uno stato di completa demenza.

All'esame ginecologico si osserva il grembiule delle Ottentotte.

Caso 86. — Rav. Maria, nata a Genova, domiciliata a Voltri. Ammessa in Manicomio il 24 gennaio 1912.

Un fratello alienato. È già stata ricoverata nel Manicomio di Via Galata con idee di persecuzione e distimia depressiva. Una remissione dei fatti morbosi permise di dimetterla in prova. Non ha cessato però mai di elaborare il suo delirio, finchè da ultimo i suoi propositi di suicidio ed il frequente rifiuto degli alimenti imposero il suo ricovero. Qui si mantiene sempre tranquilla, esprimendo idee deliranti, rivelando turbe sensoriali e manifestazioni negativistiche.

Dorme poco, di notte sente qualche voce, che le ricorda vicende famigliari ecc. Narra che una volta è stata sorpresa in un bosco, mentre andava per legna, da due cacciatori che l'aggredirono brutalmente. Essa gridò e si difese con graffi e con morsi; uno però riuscì lo stesso ad abusare di lei. Poco dopo, afferma, si accorse di essere incinta « perchè il caffè che prima le piaceva moltissimo la nauseava ». D'allora in poi non ricomparvero i flussi mestruali. Per questo e per la sicurezza di essere gravida si fece visitare da una levatrice

che avrebbe confermato il suo stato, aggiungendo che il feto era morto da qualche tempo e consigliando la visita di un chirurgo, il quale giudicò utile il raschiamento dell'utero che venne eseguito.

La paziente descrive con grande diffusione di particolari l'operazione traendone argomenti per un'infinità di concetti e di preoccupazioni ipocondriache. Essa è convinta che il ferro maldestro del chirurgo le abbia spinto il feto nella cavità addominale dove tuttora si troverebbe. Sente nel ventre continuamente muoversi qualche cosa; qualche volta avverte un molesto senso di peso e qualche volta dolore all'ipogastrio destro. L'umore si è sempre mantenuto sereno in contrasto con la ferma convinzione perdurata fino a quest'ultimo tempo di dover presto soccombere alla pretesa gravidanza. Da un paio di mesi l'ammalata ha però in parte mutato il contenuto di queste idee deliranti. Non può essere il figlio, dice, che si muove. Ormai dopo tanto tempo dovrebbe essere nato. Forse, soggiunge, sono i pezzi del feto, che spinti fuori dall'utero si muovono nell'addome.

Dal lato ginecologico obbiettivamente nulla si osserva di anormale.

Caso 87. — Banc. Maria, di anni 51, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 23 giugno 1906.

Un fratello alienato. Dimostrò sempre tendenze assai strane. Da diversi anni il disordine delle funzioni psichiche si andò accentuando manifestando idee deli-

ranti di natura prevalentemente megalomani sostenute da allucinazioni uditive. In Manicomio si mostra tranquilla ed adattata nell'ambiente benchè persista nel domandare la dimissione per recarsi nelle corazzate dove è attesa. Non può enumerare tutti i « gradi » che ha. Il titolo di regina le fu conferito dal Re per avere « spiccato messaggio di pace » con il telefono Marconi. A queste assurde idee di grandezza si associano idee persecutorie; per qualche tempo mostrò anche un vivo erotismo. Le idee deliranti sono andate diventando meno vive in questi ultimi tempi ed i suoi convincimenti sembrano meno saldi che per il passato. Sta lungamente inerte, senza preoccuparsi di ciò che accade intorno.

Non è stato possibile praticare l'esame ginecologico per la resistenza dell'ammalata.

Caso 88. — Sold. Giuseppina, di anni 38, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 28 giugno 1908.

Presentava allucinazioni ed interpretazioni deliranti a contenuto persecutorio in modo che in ogni persona che l'avvicinava vedeva un nemico. Presentemente si nota un certo grado di debolezza mentale. Di quando in quando emergono ancora le idee deliranti. Si notano manierismi, ecc.

Non si può praticare l'esame ginecologico per la resistenza dell'ammalata.

Caso 89. — Pastor. Luigia, di anni 38, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 12 luglio 1905.

Zio paterno morto alienato. Alla sua ammissione si presentava allucinata; in seguito sopravvennero spiccate manifestazioni di negativismo, sitofobia, ed accentuata catatonia. Attualmente sta quasi sempre immobile e taciturna, reagisce scarsamente agli stimoli esterni; mantiene per lo più gli occhi chiusi e qualche volta se le si rivolge la parola risponde con segni di ammiccamento o con altri manierismi mimici. Trattiene per ore la saliva in bocca; è sudicia ed occorre vestirla e spogliarla. Dal lato ginecologico si osserva imene frangiato. Nulla di morboso.

Caso 90. — Espost. Elina, di anni 42, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 14 novembre 1900.

Ignorasi i precedenti anamnestici. Fu ricoverata in seguito ad uno stato di agitazione allucinatoria che durò qualche mese. Esauritosi questo episodio subentrò uno stato di inerzia volitiva, sentimentale, emotiva che persiste tuttora immutata. Non presenta da molti anni nessuna modificazione delle sue condizioni psichiche. È continuamente immersa in uno stato di semistupore negativistico e non reagisce assolutamente agli stimoli dell'ambiente. Assume talora degli atteggiamenti catatonici. Del resto non ha mai dato segno di pericolosità ed è discretamente ordinata nella persona. La sua salute fisica è sempre stata piuttosto cagionevole.

Dal lato ginecologico si riscontra metrite; retroversione uterina di terzo grado.

Caso 91. — Lombar. Maria, di anni 38, nubile, nata a Marsiglia, domiciliata a Genova. Ammessa il 2 giugno 1901.

La malattia incominciò circa 6 mesi prima del suo ricovero. Precedette un periodo di diffidenza con leggera depressione, poi insorsero allucinazioni a contenuto persecutorio ed erotico. In seguito vedeva di notte la Madonna e il Bambino. Si ritenne figlia del Papa e della Madonna e chiamata a beneficare tutto il mondo. Ha linguaggio e contegno manierati; persistono idee fatue ed incoerenti di grandezza. Si riscontra un marcato disordine ideativo, ottundimento emotivo, manierismi, stereotipie.

Si ribella all'esame ginecologico, che non si può praticare.

Caso 92. — Deneg. Maria, di anni 39, nubile, nata e domiciliata a Sampierdarena. Ammessa in Manicomio il 16 settembre 1911.

Padre alcoolista. È già stata ricoverata nel Manicomio di Via Galata ed in quello di Quarto. Qui rivela turbe sensoriali, assurde idee deliranti persecutorie, frammischiate ad idee di grandezza. Qualche volta è aggressiva.

Non si può praticare l'esame ginecologico per la resistenza dell'ammalata.

Caso 93. — Vassal. Angela, di anni 51, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 4 settembre 1893.

Zio paterno morto alienato. Alla sua ammissione si presentava allucinata; in seguito sopravvennero spiccate manifestazioni di negativismo, sitofobia, ed accentuata catatonia. Attualmente sta quasi sempre immobile e taciturna, reagisce scarsamente agli stimoli esterni; mantiene per lo più gli occhi chiusi e qualche volta se le si rivolge la parola risponde con segni di ammiccamento o con altri manierismi mimici. Trattiene per ore la saliva in bocca; è sudicia ed occorre vestirla e spogliarla. Dal lato ginecologico si osserva imene frangiato. Nulla di morboso.

Caso 90. — Espost. Elina, di anni 42, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 14 novembre 1900.

Ignorasi i precedenti anamnestici. Fu ricoverata in seguito ad uno stato di agitazione allucinatoria che durò qualche mese. Esauritosi questo episodio subentrò uno stato di inerzia volitiva, sentimentale, emotiva che persiste tuttora immutata. Non presenta da molti anni nessuna modificazione delle sue condizioni psichiche. È continuamente immersa in uno stato di semistupore negativistico e non reagisce assolutamente agli stimoli dell'ambiente. Assume talora degli atteggiamenti catatonici. Del resto non ha mai dato segno di pericolosità ed è discretamente ordinata nella persona. La sua salute fisica è sempre stata piuttosto cagionevole.

Dal lato ginecologico si riscontra metrite; retroversione uterina di terzo grado.

Caso 91. — Lombar. Maria, di anni 38, nubile, nata a Marsiglia, domiciliata a Genova. Ammessa il 2 giugno 1901.

La malattia incominciò circa 6 mesi prima del suo ricovero. Precedette un periodo di diffidenza con leggera depressione, poi insorsero allucinazioni a contenuto persecutorio ed erotico. In seguito vedeva di notte la Madonna e il Bambino. Si ritenne figlia del Papa e della Madonna e chiamata a beneficare tutto il mondo. Ha linguaggio e contegno manierati; persistono idee fatue ed incoerenti di grandezza. Si riscontra un marcato disordine ideativo, ottundimento emotivo, manierismi, stereotipie.

Si ribella all'esame ginecologico, che non si può praticare.

Caso 92. — Deneg. Maria, di anni 39, nubile, nata e domiciliata a Sampierdarena. Ammessa in Manicomio il 16 settembre 1911.

Padre alcoolista. È già stata ricoverata nel Manicomio di Via Galata ed in quello di Quarto. Qui rivela turbe sensoriali, assurde idee deliranti persecutorie, frammischiate ad idee di grandezza. Qualche volta è aggressiva.

Non si può praticare l'esame ginecologico per la resistenza dell'ammalata.

Caso 93. — Vassal. Angela, di anni 51, coniugata, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 4 settembre 1893.

È stata internata in Manicomio perchè fuggiva da casa e commetteva stranezze di ogni sorta; si diceva vedova e non voleva riconoscere nè il marito, nè i figli, che percuoteva e minacciava di uccidere.

Durante il suo ricovero è stata per vari anni agitata, clamorosa, allucinata. Ora è tranquilla, passiva, abulica. La sua mentalità non è che un rudere: completamente incoerente e nella più inoltrata demenza.

All'esame ginecologico si riscontra involuzione senile.

Caso 94. — D. Pian. Maria, di anni 41, nata a Molassana ed ivi domiciliata. Ammessa in questo Manicomio il 12 settembre 1911, proveniente da quello di via Galata con le seguenti note: « Profondo disgregamento del pensiero; l'ammalata, quasi sempre inaccessibile, ripete in tono uniforme un certo numero di parole vuote di senso e che rappresentano oggi i residui del suo patrimonio intellettuale. Si notano numerose grimaces, risate clamorose senza motivazione, disordine del contegno, impulsività, stereotipie, i tratti caratteristici di demenza precoce. Condizioni fisiche assai buone ».

In tali condizioni, presso a poco, si presenta anche oggi. Dal lato ginecologico si riscontra utero in inizio di involuzione.

Immoralità costituzionale.

Caso 95. — Giorda. Fortunata, di anni 16, nubile. nata a Torre del Greco, domiciliata a Genova. Ammessa il 17 settembre 1912.

Un fratello alienato. Ha sofferto pertosse e scarlattina. A 6 anni incominciò a frequentare le scuole; vi rimase per due anni, fino quando cioè è stata allontanata per le sue « cattiverie ». A 11 anni ebbe la prima mestruazione, le successive furono in complesso regolari. Crescendo ha mostrato sempre più una certa deficienza del senso morale con tendenza a considerare l'ambiente famigliare in senso ostile. In Manicomio rivela un quadro sintomatologico analogo. Dal lato ginecologico obbiettivamente non si riscontra nulla di morboso.

Caso 96. — Carbon. Teresa, di anni 37, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 6 marzo 1911.

Gentilizio sano. Fino ai 17 anni mantenne buona condotta, ma si mostrava, in complesso, poco intelligente ed oltremodo vana. Rifiutò vari matrimoni, perchè convinta che la sua bellezza fosse garanzia di un brillante avvenire. Le mestruazioni sono state sempre regolari. A 21 anno si ribellò alla famiglia e fece scempio del proprio corpo incominciando inoltre ad abusare nel bere. A 24 anni si infettò di lue. Incontrò matrimonio con un pessimo soggetto. La famiglia tentò ogni mezzo per redimerla e non la respinse mai ogni qual volta con l'apparenza del più profondo pentimento bussava alla casa paterna. Pare che una volta tentasse di appiccare il fuoco alla casa; un'altra volta esasperata per non sappiamo quale motivo, si diede a gettare i mobili dalla finestra. Poco prima di esser condotta al Manicomio aveva mostrato la propria pericolosità tentando di strango-

lare il bambino della sua padrona di casa. In Manicomio ha rivelato oltre la profonda deficienza morale un brevissimo episodio di esaltamento.

Dal lato ginecologico nulla si osserva di morboso.

Caso 97. — De Mart. Rosa, di anni 18, nubile, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 25 luglio 1912.

Padre alcoolista. La paziente a circa otto anni ebbe a soffrire di corea. Ebbe la prima mestruazione a 15 anni; le successive furono regolari.

Tre anni or sono ha incominciato a prostituirsi. Ha tentato due volte il suicidio. È stata altre due volte in Manicomio. Un mese fa scappò di casa con l'amante, che la condusse a Spezia lasciandola poi abbandonata dopo 24 ore. Datasi a vita randagia fu arrestata dalle guardie di P. S. In Manicomio rileva spiccata deficienza di poteri etici ed ostilità verso i famigliari. Si riscontra cardiopatia e linfatismo.

L'ammalata ha opposto a lungo rifiuto all'esame ginecologico. All'esame obbiettivo si è riscontrato utero piccolo, atrofico. Non si percepiscono gli annessi. I genitali esterni sono piccoli.

Gracilità intellettuale.

Caso 98. — Pastor. Luigia, di anni 30, nubile, nata e domiciliata a Recco. Ammessa in Manicomio il 10 novembre 1898.

È sempre stata debole di mente, di carattere frivolo,

petulante ed irascibile. Al suo ingresso presentava esaltamento, con accentuazione motoria e clamorosità. Tali crisi si ripetono ad intervalli di qualche mese, con durata di poche settimane. In genere si manifestano gradatamente. Negli intervalli è laboriosa.

Riesce impossibile l'esame ginecologico diventando l'ammalata agitatissima ogni qual volta lo si propone.

Caso 99. — Tortarol. Anna, nata e domiciliata a Savona. Ammessa in Manicomio il 22 aprile 1912.

Fin dalla prima infanzia mostrò scarso sviluppo intellettuale. Al suo ingresso manifestava stolidamente qualche apprensione di danneggiamento. Ha contegno fatuo; condotta ed intelligenza addirittura infantili; non esistono idee deliranti, nè fatti allucinatori. Abitualmente è calma e si presta a qualche lavoro materiale.

Dal lato ginecologico: mestruazioni dolorose, imene frangiato, collo conico, stenosi cervicale.

Caso 100. — Grec. Sebastiana, di anni 31, nata a Siracusa, domiciliata a Genova. Ammessa in questo Manicomio il 30 luglio 1912 proveniente da quello di Via Galata con queste note: « È una frenastenica sempre di buon umore, ordinata e ubbidiente ». Dal lato ginecologico non si riscontra nulla di morboso.

Caso 101. — Ventu. Gina, di anni 26, nata e domiciliata a Cosano. Ammessa in Manicomio il 30 settembre 1912.

Gentilizio tarato. — È già stata ricoverata nel Manicomio di Quarto ed in questo.

È sempre stata debole di mente. Ad evidente deficenza intellettuale associa un certo grado di deficienza morale. Va soggetta a periodi di depressione e di esaltamento.

Le mestruazioni sono regolari. Si riscontra utero atrofico.

Caso 102. — Sommar. Rosa, di anni 41, nubile, nata e domiciliata a Genova. Ammessa in Manicomio il 20 novembre 1900.

È una frenastenica che di quando in quando presenta degli episodi di eccitamento. Attualmente è tranquilla, ordinata nel contegno, un pò incoerente nelle idee, che rivelano il fondo di debolezza mentale congenita. Le sue condizioni fisiche si sono sempre mantenute soddisfacenti. Le mestruazioni sono regolari. All'esame obbiettivo degli organi genitali nulla si riscontra di morboso.

In osservazione.

Caso 103. — Prof. Francesca, di anni 44, coniugata, nata e domiciliata a Genova. È stata altre volte ricoverata al Manicomio di Via Galata.

Non è possibile praticare l'esame ginecologico per la resistenza dell'ammalata.

Caso 104. — Trav. Emilia, di anni 42, coniugata, nata a Pontedecimo, domiciliata a Ronco.

Madre morta per carcinoma allo stomaco. A 10 anni ha sofferto il tifo. Ha avuto quattro figli. Sembra che le mestruazioni siano cessate da circa due anni.

All'esame ginecologico non si riscontra nulla di morboso.

Caso 105. — Bazzur. Teresa, di anni 34, nubile, nata e domiciliata a Genova.

Padre e zio paterno facilmente irritabili. Una sorella morta per tubercolosi. Le mestruazioni sono state sempre regolari.

L'ammalata oppone viva resistenza all'esame ginecologico, che non si può praticare.

Caso 106. — De Pao. Caterina, di anni 35, nubile, nata e domiciliata a Varese Ligure.

All'esame ginecologico non si riscontra nulla di morboso.

Caso 107. — Frez. Angela, di anni 49, coniugata, nata a Barletta e domiciliata a Spezia.

Contagiata di sifilide. Le mestruazioni sono cessate circa sette anni fa. All'esame ginecologico si avverte nell'utero, a sinistra, un piccolo nodo fibromiomatoso.

Caso 108. — Semin. Carmelina, di anni 43, vedova, nata a Santarosa, domiciliata a Genova.

All'esame degli organi genitali non si trova nulla di morboso.

Caso 109. — Ravas. Carlotta, di anni 38, nata e domiciliata a Genova.

Padre alcoolista, fratello pure. Le mestruazioni sono comparse a 14 anni e sono sempre state regolari. Ha avuto da una relazione illegittima due figli. Otto anni fa in seguito ad un aborto le è stato praticato il raschiamento dell'utero.

All'esame degli organi genitali nulla si riscontra di morboso.

Caso 110. — Cogor. Maria, di anni 48, coniugata, nata a Torriglia, domiciliata a Genova.

Sorella morta per tubercolosi. Sofferse patemi di animo. È già stata al Manicomio di Quarto.

L'ammalata si ribella all'esame ginecologico, che perciò non è possibile praticare.

Caso 111. — Ris. Eugenia, di anni 45, coniugata, nata a Murta, domiciliata a Bolzaneto.

Non è possibile l'esame ginecologico per la resistenza della paziente.

Caso 112. — Olces. Chiara, di anni 65, nata e domiciliata a Genova.

Esiste tara ereditaria. Ha sofferto febbre malarica. Le mestruazioni sono sempre state normali. La malattia mentale è insorta circa un anno e mezzo fa.

All'esame ginecologico si riscontra involuzione senile.

Caso 113. — Canep. Matilde, di anni 47, nata e domiciliata a Genova.

È dedita al bere. Ha tentato il suicidio.

All'esame ginecologico non si riscontra nulla di morboso.

Esaminando i dati esposti nelle brevi notizie, che ho creduto di dover dare per ogni caso, si trova, prima di tutto, che in una ventina di malate non è stato assolutamente possibile praticare l'esame ginecologico, il che — prescindendo anche da tutte le altre considerazioni che il Tamburini (1) ha magnificamente riassunto — dimostra come l'istituzione delle stanze di osservazione ginecologica volute dal prof. Bossi siano un errore anche agli effetti pratici immediati ed una causa inutile di ritardi per la valutazione della malattia e la giusta assistenza della paziente. La stessa opposizione alla visita da parte dell'ammalata può infatti costituire per l'alienista un sintoma non trascurabile per la diagnosi, sintoma che non sempre è capace di valutare il ginecologo, che preoccupato *a priori* delle condizioni dell'apparato genitale non si accorge (ed ormai più di una volta, anche in casi tragici, abbiamo dovuto constatarlo) delle reali condizioni psichiche.

Riassumendo ora i dati dei singoli esami si ha: *Psicosi alcoolica*, 3 casi; 2 senza alterazioni degli organi

(1) Prof. A. Tamburini, *Discussione al XVI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.* Roma, 1911.

genitali, 1 con lesioni. *Paralisi progressiva,* 1 caso con lesioni. *Cerebropatia infantile,* 9 casi; 3 senza lesioni, 5 con lesioni, in 1 caso non è stato possibile praticare l'esame. *Psicosi maniaco-depressiva,* 18 casi; 6 senza lesioni, 10 con lesioni, in 2 casi non è stato possibile praticare l'esame. *Epilessia,* 18 casi; 10 senza lesioni, 8 con lesioni. *Demenza precoce,* 44 casi; 20 senza lesioni, 10 con lesioni, in 14 casi non è stato possibile praticare l'esame. *Immoralità costituzionale,* 3 casi; 2 senza lesioni, 1 con lesioni. *Gracilità intellettuale,* 5 casi; 2 senza lesioni, 2 con lesioni, in 1 caso non è stato possibile praticare l'esame. *In osservazione,* 11 casi; 5 senza lesioni, 2 con lesioni, in 4 casi non è stato possibile praticare l'esame.

Escludendo necessariamente dal computo le ammalate, nelle quali non è stato possibile praticare l'esame ginecologico, troviamo lesioni degli organi genitali nella percentuale di circa il 45%. Per far qualche confronto ricordiamo che Guicciardi e Leoni su 100 alienate trovarono lesioni genitali nel 48% e che Koenig e Linzenmeier su 178 donne esaminate trovarono alterazioni dell'apparecchio genitale nel 35,9%, mentre nel 59,5% l'esame mise in evidenza condizioni normali.

Ho tralasciato di riferire dettagliatamente sulle indagini nei riguardi di anomalie degli organi genitali, che pur possono avere uno speciale significato dal lato antropologico sia perchè sono state in parte da altri lumeggiate, sia perchè formeranno oggetto di altro lavoro, del quale sto occupandomi con il professor Masini.

Faccio perciò qui soltanto (1) menzione del caso 25, dove troviamo, assieme ad una condizione morbosa dell'utero (2), la vagina septa; anomalia questa che ben si sa dipendere da un arresto di sviluppo e che sta a rappresentare la traccia della fusione dei due canali di Müller nella formazione della vagina.

Ho ricordato ciò anche perchè nei casi positivi della mia casistica troviamo più volte elementi, che devono essere interpretati come un arresto od un pervertimento di sviluppo nell'organogenesi genitale in rapporto spesso con un pervertimento generale, che si è fatto risentire sugli organi genitali, come su altri, compreso il cervello e

---

(1) In nota ricordo l' ammalata C. A. (caso 45) che presenta una mammella soprannumeraria e ciò per il fatto che allo studio delle anomalie degli organi genitali principali si collega in modo stretto quello delle anomalie degli organi sessuali secondari. L'anomalia, che ha, come oramai è largamente conosciuto, un diretto riscontro nella serie animale, rappresenta un importante segno di degenerazione e viene a costituire una riprova del carattere degenerativo della forma morbosa, di cui è affetta la paziente. Ho ricordato il caso anche perchè se è vero che la polimastia è frequente, essa tuttavia sembra più rara (Gatti) nella donna che nell' uomo. Inoltre la gran parte dei casi descritti si riferisce a mammelle con sede addominale.

(2) Non si deve dimenticare come le anomalie degli organi genitali siano di frequente associate a condizioni morbose, tra le quali sono tutt'altro che rare le neoformazioni. Può darsi che in questi casi la malformazione embriologica che dà luogo all'anomalia sia anche causa della persistenza dei *germi,* dai quali in seguito ha luogo il tumore.

che ha preparato con ciò il terreno adatto allo sviluppo della malattia mentale, che alle volte appare anzi la manifestazione prima e diretta della cattiva costituzione. Io del resto non devo soffermarmi a lungo sulla natura o sul significato delle lesioni genitali, sulle quali spetta, eventualmente, ad altri il riferire.

Non posso però ancora non ricordare come in qualche caso sia evidente che l'alterazione dell'organo genitale è semplice sintoma di una condizione generale, come, ad esempio, in certi casi di involuzione o di disturbi mestruali esponente quest' ultimo non raro di costituzione morbosa in genere o della malattia mentale stessa, come oramai è stato ripetuto un'infinità di volte e come ognuno può confermare in base all'esperienza personale. E qui merita pure di esser fatto ricordo delle esperienze — in Italia largamente coltivate dalla scuola di Ceni — che dimostrano come lesioni del sistema nervoso possano diventare causa di lesioni degli organi genitali. « Se, scrive Todde (1) teniamo conto dei risultati delle ultime ricerche sperimentali del Ceni sull'influenza che esercita il cervello sullo sviluppo e sulla funzione degli organi sessuali, si dovrebbe dire, come dimostreremo più avanti, che forse troppo si è esagerato in Psichiatria nel riconoscere negli organi sessuali un agente morboso diretto e spesso si è confuso la causa con l'effetto ».

(1) Dott. C. Todde, *Ricerche sulla funzione e sulla struttura delle ghiandole sessuali maschili nelle malattie mentali,* « Rivista Sperimentale di Freniatica », 1913.

* * *

Soltanto per considerazioni di terapia nei riguardi della malattia mentale, rammento come più di una volta abbia dovuto anch'io constatare casi, nei quali i disturbi psichici hanno presentato notevole remissione o sono scomparsi del tutto, nonostante il perdurare della malattia ginecologica. Per non dilungarmi con una ripetizione dei dati già esposti non mi trattengo sui vari casi. Mi sembra più utile invece ricordare le storie 49 e 86 riguardanti due ammalate sottoposte, prima dall'internamento in Manicomio, a cura ginecologica (1) e nelle quali le evidenti preoccupazioni ipocondriache di una e l'alimento del delirio dall'altra sono una dimostrazione chiara del pericolo delle visite e delle cure ginecologiche, quando non siano precedute da un esame coscienzioso e cosciente delle condizioni psichiche dell'ammalata. Altro che profilassi ginecologica della pazzia! Ma in questi giorni nei quali vediamo qualche ginecologo e chirurgo accedere con tanta facilità ad atti operatori non è superfluo dare uno sguardo, sia pur rapidamente, a quanto è stato osservato sui disturbi mentali in seguito ad operazioni chirurgiche e ciò anche se queste osservazioni possano oggi, qualche volta, apparire monche od errate. Quello però che interessa è il fatto e questo appunto ci dice che disturbi mentali in seguito ad opera-

(1) In questi ultimi mesi abbiamo avuto occasione di vedere più volte in ammalate e reduci dagli interventi ginecologici e dalle illusioni .... amaramente pagate.

zioni chirurgiche sono da tempo noti sia agli alienisti che ai chirurghi. Dopo Dupuytren, che per il primo, fin dal 1819 ebbe occasione di notarli, troviamo tutti gli anni una numerosa serie di osservatori occuparsi dell'argomento interessandosi specialmente dell'etiologia e della patogenesi di tali disturbi. Così vediamo che mentre da un lato si assegna maggior valore alle infezioni ed intossicazioni post-operatorie, dall'altro invece si invoca la predisposizione oppure l'atto operativo per sè stesso. In quanto alla natura e alla sede di questi atti operativi troviamo registrate le più varie condizioni. Casi di pazzia, infatti, furono descritti in seguito ad amputazioni di arti, estrazioni di denti, erniotomia, asportazione di neoplasmi, operazioni nasali, oculari ecc. Gli interventi su gli organi genitali però sono quelli che sono stati più imputati nella produzione di pazzia e ciò sia per l'uomo, sia per la donna. Helis, Dagonet, Tebaldi, Pick, Tuffier ed altri parlarono di alienazione mentale in seguito ad operazioni sugli organi genitali maschili. Maggior attenzione del resto è stata richiamata dagli atti operativi sugli organi genitali femminili e nelle discussioni sull'importanza dell'intervento ginecologico nei riguardi della pazzìa troviamo un'infinità di autori di ogni nazione e di ogni scuola. Per citare qualcuno ricordiamo il pensiero di Denti, il quale, come riferisce Galdi (1) nel suo ampio lavoro sulla « pazzia post-operativa », sosteneva che l'intervento chirurgico « agiva

(1) Dott. R. Galdi, *Sulla pazzia post-operatoria,* « Il Manicomio », 1909.

in tre maniere: per anticipazione, per l'operazione in sè stessa e per gli effetti consecutivi. Un altro fattore importante dei disturbi psichici era dato alla reazione mentale, che spesso è sconosciuta, perchè alle volte tali disturbi non si manifestano subito dopo l'operazione, ma soltanto in tempo più o meno lungo. Per le operazioni ginecologiche poi bisognava tener conto dello stato mentale anteriore all'operazione ». E, come riporta pure lo stesso Galdi, del medesimo pensiero per quanto riguarda l'intervento ginecologico, erano Mairet e Denis, che studiando « a preferenza l'influenza delle malattie uterine e degli annessi nella produzione delle pazzie simpatiche venivano alla conclusione che fra l'operazione e la follia vi era realmente un legame etiologico, che sopratutto nei predisposti gli atti operativi davano luogo ai disturbi mentali e che le operazioni ginecologiche erano fra quelle che predisponevano di più ». A tal proposito, merita di esser ricordato come Kasatchenko-Trirodoff riferisca che in qualche paziente « la semplice introduzione di pessari riusciva un trauma nervoso rilevante » e come Ahsfeld abbia parlato di un caso di pazzia in una donna in seguito all'introduzione dello speculum in vagina. Applicando il *post hoc ergo propter hoc* tanto caro agli araldi della « nuova scuola » davvero che si potrebbe con questi casi venir a conclusioni non poco allegre. — Ioffroy, per ricordare ancora qualche autore, pensa che per i disturbi mentali consecutivi ad operazioni sull'apparato genitale si deve invocare qualche volta anche la forte preoccupazione degli ammalati per organi deputati ad una funzione speciale.

Interessante poi è l'osservazione di Picquè e Briand, che mettono in guardia i chirurghi verso quegli ammalati, che domandano con insistenza l'operazione per disturbi, che non di rado sono il prodotto di false interpretazioni o di delirio. Se il medico non sa ben valutare queste condizioni e se accede all'atto operativo, spesso con questo offre nuovo alimento al delirio e nuovi tormenti al paziente. Non di minor valore poi è un'altra osservazione di Picquè, il quale ha messo in evidenza il fatto che i disturbi mentali, che seguono ad operazioni sugli organi genitali sono di solito in rapporto non con operazioni gravi, ma con quelle lievi e di poca importanza. Quale debba essere il rapporto da invocarsi in questi casi tutti lo suggeriscono, ma il fatto ha valore non piccolo quando lo si metta in confronto con quanto si sente ripetere dai sostenitori dell'origine genitale delle malattie mentali, che sarebbero appunto in rapporto non con le gravi malattie, ma con quelle che richiedono, tanto sono lievi, per esser valutate, speciale competenza, anzi, per dir meglio, quella sola competenza, che si trova nella scuola ginecologica di Genova.

Ho detto sopra che a me non spetta soffermarmi sulla natura e sul significato immediato delle lesioni genitali; non devo perciò intrattenermi neanche sulla loro terapia.

È istruttivo per noi però vedere come tra i ginecologi stessi si incontrino giudizi ben opposti sull'importanza di una lesione e sulle modalità ed anzi sulla necessità stessa di intervento. Così non dobbiamo dimenti-

care che il Mayer riferisce di non avere curata nessuna, si può dire, delle 3500 retroflessioni osservate in questi ultimi anni nella Clinica ginecologica di Tubinga.

Del resto, quello che per noi ha più valore è il fatto che nella mia casistica — come in quelle già ricordate di Guicciardi e Leoni e di Koenig e Linzenmeier — il numero delle alienate con lesioni degli organi genitali corrisponde nella media a quello che i ginecologi ci dicono esistere per le donne sane di mente. Il che non vuol dire che si debba disinteressarci delle malattie dell'apparato sessuale (1). L'alienista ha l'obbligo di compiere completo l'esame dei suoi ammalati, perchè anche indirettamente un turbamento di qualche organo può influire sulla psiche: agire in modo diverso sarebbe cadere in un empirismo, che per quanto possa esser rivestito di belle parole, non può di certo essere compatibile con le cognizioni odierne, le quali ci dicono come la funzionalità di tutto un organismo sia legata a quella dei varii organi, tra i quali esiste una relazione nel campo

(1) Dovrebbe esser superfluo osservare che le malattie ginecologiche intercorrenti devono essere considerate e trattate nella stessa guisa con la quale si considera e si tratta il tifo, la tubercolosi, una frattura, ecc. Purtroppo, si deve riconoscerlo, nella realtà non avviene sempre così, per cui la campagna del prof. Bossi, sotto questo punto di vista, appare utile e rispondente a verità. Mi sia lecito perciò esprimere l'augurio che i Manicomi possano essere in breve tutti messi in condizioni tali da assicurare ai ricoverati sul serio la possibilità dell' *intervento consultivo* dei cultori dei varii rami della medicina. L'alienista non deve e non può, per la serietà stessa della sua cultura e della sua pratica, pretendere di essere un' enciclopedia medica.

fisiologico e patologico e ci mostrano come « tutte (1) le malattie si ripercuotono sulla funzionalità nervosa, infliggendole delle inibizioni improvvise e penose ». Tra le malattie poichè sono in grado di far risentire la loro influenza sul cervello è naturale che vi siano anche quelle dell'apparato genitale, le quali « possono, insegnano Tanzi e Lugaro (2), con meccanismi diversi (somatici e psichici) mettere in evidenza un isterismo latente o esacerbare una psicopatia preesistente. Questo pericolo è implicito in ogni altro disturbo dei visceri, ed anzi in qualunque altro stimolo violento, fisico o psichico, come i traumi, le operazioni chirurgiche di qualunque genere, le nevralgie, gli strapazzi, le emozioni deprimenti, lo spavento, il dolore psichico intenso. Perciò anche le malattie genitali, come ogni altra affezione somatica, vanno rilevate e debitamente curate; soltanto, sarebbe erroneo considerarle come una causa specifica di malattie mentali ». Si ricordi inoltre come in questi ultimi tempi sia stata assegnata larga importanza agli organi a secrezione interna che, compromessi direttamente od in modo secondario, possono rendere partecipe della loro alterata funzionalità anche il campo della psiche. Ma anche in questa parte per quanto riguarda i rapporti della psichiatria con la ginecologia occorre pure qualche consi-

(1) Dott. N. KASATCHENKO-TRIRODOFF, *La Neurosi traumatica o neurapantesia*. Palotta, Roma, 1914.

(2) TANZI e LUGARO, *Trattato delle malattie mentali*. Seconda edizione. Soc. Ed. Libraria, Milano. 1914.

derazione. Gli alienisti, e ben da lungo tempo, conoscono i disturbi psichici che possono sorgere in corrispondenza della mestruazione, della pubertà, della gravidanza, del puerperio, ecc. In questi ultimi tempi poi per qualche forma morbosa si è anzi largamente insistito nel richiamare l'attenzione sulle alterazioni delle ghiandole sessuali. A prescindere però anche dal fatto che manca ancora una dimostrazione incontrovertibile di quanto spetta a queste ghiandole nella patogenesi o nella sintomatologia, si deve pur tener presente che i più recenti studi sul comportamento delle ghiandole endocrine in genere negli ammalati di sistema nervoso sono tali da far mettere le più vigili riserve nelle conclusioni potendosi di sicuro soltanto dire che mentre in qualche caso è evidente che un'alterazione primitiva della ghiandola è la causa della forma morbosa in altri invece appare che « l'equilibrio endocrino è funzione dell'equilibrio nervoso » (1).

Anche da quest'ultimo lato per tanto molto rimane ancora da fare. Ad ogni modo quanto è stato raggiunto permette di pensare che le eventuali alterazioni degli organi sessuali nella demenza precoce, per citare una forma che Bossi dice pur di guarire, non solo purtroppo di quelle che si possono curare con un intervento ginecologico.

---

(1) Prof. N. PENDE, *Le secrezioni interne nei rapporti con la clinica*. Relazione al XXII Congresso di Medicina Interna in Roma, 1912.

* * *

Scopo principale della mia comunicazione era quello, come in principio ho detto, di raccogliere materiale per un contributo di fatti, che meritano — per il costante controllo del ginecologo — una certa considerazione da parte di chi si interessa dell'argomento. Se ho dovuto, fino qui, far brevi commenti sarò brevissimo ora e ciò anche per non ripetere quello che già ho avuto occasione di dire per i varii aspetti del problema, sia solo (1), sia assieme al professor Masini (2) con il quale sintetizzavo il mio pensiero in questi termini: « Che le lesioni degli organi genitali siano alle volte senza danno sulle funzioni del sistema nervoso non si può dire; che siano causa preponderante od addirittura esclusiva delle malattie mentali, è invece alquanto arbitrario l'affermare. L'argomento è di vecchia data. L'importanza delle correlazioni tra le malattie degli organi genitali e quelle mentali è stata dagli alienisti però riconosciuta sempre più piccola, man mano che la psichiatria è andata acquistando conoscenze più positive nella clinica e nell'eziologia e patogenesi delle varie forme morbose ». Ora, dopo aver con vigile e metodica attenzione, seguito l'argomento, non

---

(1) Dott. G. VIDONI, *A proposito della cura ginecologica delle malattie mentali e nervose,* « Annali del Manicomio Provinciale di Perugia », 1912.

(2) MASINI e VIDONI, *L'assistenza e la terapia degli ammalati di mente.* Hoepli, Milano, 1914.

credo di dover mutare quanto ho detto; mi preme invece, specie dopo avere assistito a certe meravigliose discussioni di accademici, di richiamare l'attenzione — per quanto riguarda anche gli altri rami della medicina nei loro rapporti con la nostra materia — su quello che uno studioso, estraneo alle nostre competizioni, il professor Cuneo (1), fa notare quando scrive che l'origine delle malattie mentali dovrà esser stabilita con l'esperimento e con l'osservazione clinica « dallo stesso psichiatra e non già dai cultori della ginecologia e degli altri rami della medicina » come è stato invece recentemente detto, tra il plauso di levatrici, letterati e giornalisti. Ed a tal proposito merita pur di esser fatta menzione del pensiero di Picquè, il chirurgo che già abbiamo citato e che più di ogni altro, in questi ultimi anni, si è occupato degli interventi operativi nelle malattie nervose e mentali. Orbene in un suo recente studio il Picquè (2) ben riafferma che la valutazione psichiatrica del malato di mente deve aver la precedenza sopra ogni intervento chirurgico, dimostrandosi inoltre assolutamente contrario alle idee del Bossi, che vorrebbe staccare le neurosi e le psicosi dalla Neurologia e dalla

---

(1) Prof. G. CUNEO, *Psicosi maniaco-depressiva prodotta da ritenzione di azoto con successiva autointossicazione ammoniacale per insufficenza della funzione ureogenica,* « Rivista Sperimentale di Freniatria », 1914.

(2) L. PICQUÈ, *Hysteriè et Chirurgie,* « Revue de Pschych. et de Pschych. exp. », 1913. Riassunto in « Quaderni di Psichiatria ». Serie II, 1914.

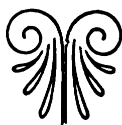
Psichiatria o, per dir meglio, sopprimere, nella realtà, quest'ultima. Miglior risposta a quelli, che con tanta *suffisance* hanno collocato « l'alienista Picquè » tra gli aderenti alla scuola neuro-psico-ginecologica genovese, davvero, non poteva venire. Potesse questo insegnar, almeno, più prudenza nelle affermazioni e maggior serenità nella polemica! Ne trarrebbero, creda il prof. Bossi, vantaggio il lavoro scientifico di tutti e, quel che più importa, l'assistenza delle nostre ammalate, che hanno ben il diritto di esigere da noi quanto di meglio siamo in grado di dar loro, al di fuori di ogni questione di scuola e passione di parte.

Dott. ALFREDO VERONESI

APPUNTI DI ELETTROMETRIA

E DI

CRITICA ELETTROTERAPICA



APPUNTI DI ELETTROMETRIA

SOMMARIO:

1. - *Indirizzo pratico del lavoro* - Importanza odierna dell' elettroterapia - Della necessità di complete cognizioni elettrotecniche.
2. - *Elettrometria* - Legge di Ohm - Unità elettriche di misura: Volt e Ampère - Applicazioni pratiche di esse - Dell'unità « Coulomb » in elettroterapia - Apparecchi di misura: Milliamperametro e Voltimetro - Apparecchi di resistenza: Reostati e Riduttori di potenziale - Del Volt-Milliamperometro - Sua utilità - Un errore nelle tavole di Stintzing - Il senso pratico di Oppenheim - Collettori e loro inconvenienti - Della « densità » di corrente - Capacità elettrica di un elettromotore e sua importanza - Della « costanza » della corrente - Superiorità delle pile al bisolfato di mercurio sulle altre.
3. - *Apparecchi elettromedicali di congiungimento colla corrente stradale ad alto e basso voltaggio* - Corrente stradale a due e a tre conduttture, con e senza circuito terrestre - Apparecchi di congiungimento, muniti di motore-trasformatore - Inconvenienti di quelli che ne sono privi - L' apparecchio preferibile nelle fini indagini elettro-diagnostiche.

I.

Indirizzo pratico del lavoro.

Il compianto medico Huchard, durante il periodo di tempo, in cui fu direttore-redattore del *Journal des Praticiens*, che è il giornale più stimato e diffuso in Francia, si raccomandava di fare « *della pratica, ancora della pratica, sempre della pratica* »: le sue opere infatti sono inspirate a questo metodo ed hanno avuto, bene a ragione, un gran successo e l'onore di parecchie edizioni, tanto in Francia, quanto fuori.

Le brevi note di elettrometria e di critica elettroterapica sono d'interesse eminentemente pratico; molte di esse invano si cercherebbero nei trattati e nelle mo-

nografie, essendo esse il risultato delle mie conoscenze elettrotecniche e delle mie osservazioni personali, fatte, molti anni or sono, durante il corso di elettroterapia in Roma, sotto la guida del prof. Brunelli (1), insegnante di detta materia all'Università di Roma e nella Clinica privata dell'illustre prof. Ezio Sciamanna, del quale io era suo assistente, e riconfermate collo studio e colla pratica poi.

Sotto un'apparenza molto modesta, tali note riusciranno di un'utilità non indifferente agli elettroterapisti, perchè coordinando la teoria colla pratica, si forniscono, in modo didattico, molte cognizioni, che faranno comprendere con chiarezza il meccanismo di un elettromotore (pila) e di un gruppo di questi (batteria). Resi così padroni assoluti del funzionamento dei nostri apparecchi, sapendo cioè quello che può rendere un dato tipo di una pila o di una batteria, faremo delle applicazioni elettriche, non in modo empirico, ma in modo razionale, che è appunto lo scopo a cui miro.

Nella seconda parte « critica elettroterapica » mi intratterrò sovra la capitale questione della *direzione delle correnti,* della *durata della corrente* e del pronto *intervento elettroterapico,* che la scienza brevettata, nella maggior parte delle scuole ufficiali, vuole limitato

(1) Il prof. C. Brunelli era il più distinto elettroterapista d'Italia: il suo grande sapere era pari alla sua grande modestia: è autore dell' « Album illustrato, rappresentante la topografia neuromuscolare e i punti di elezione per uso della terapia elettrica », pubblicato in fol., Roma, 1872.

ad un numero fisso di minuti, secondo le malattie, mentre dobbiamo regolarci diversamente, come dirò più avanti.

L'elettroterapia merita sempre più l'attenzione del medico, specialmente oggi che si è affermata, non solo come coadiuvante, ma anche come agente terapeutico di primo ordine, avendo esteso la sua azione benefica sotto la recente forma di *iono-terapia* anche in altre malattie, che erano di dominio esclusivo del chirurgo o della medicina interna: così le affezioni gottose, artritiche, le anchilosi di origine traumatica, gli edemi, consecutivi ad apparecchi di immobilizzazione, ecc. si avvantaggiano della ionoterapia.

Ora possiamo affermare con certezza, che l'oblio, che prima o poi colpisce ogni fama ingiusta od esagerata, non è temuto più dall'elettroterapia, la quale non andrà più incontro, come pel passato, nè agli entusiasmi esagerati, nè all'abbandono completo. I medici generici, come pure i clinici medici e chirurgici, piuttosto che alle consuete risorse, d'ora innanzi, dovranno ricordarsi che in taluni casi, l'elettroterapia può dare dei successi e delle guarigioni insperate se applicata razionalmente: successi che non dànno l'arsenale terapeutico o il bisturi.

Gli elettroterapisti sanno che tra i medici vi sono ancora degli increduli, ma io non scrivo per costoro perchè la loro incredulità è l'effetto semplicemente d'ignoranza: questi, malgrado il loro altezzoso disprezzo, non comprenderebbero niente; io scrivo per quelli, che conoscendo le virtù medicatrici della elettricità, e che avendo

una certa pratica, sono così distratti dalla clientela per l'ordinarie malattie, che non hanno il tempo di consultare opere e di riflettere sull'importanza di certe cognizioni tecniche e di alcune particolarità, che pur troppo hanno il contracolpo sull'indagini elettro-diagnostiche ed elettro-terapeutiche.

Non basta infatti conoscere gli effetti fisiologici, prodotti dall'eccitazione elettrica, dei punti motori, sia dei nervi, sia dei muscoli e le loro modificazioni quantitative e qualitative in certe forme di paralisi e di atrofie, come pure il valore diagnostico e prognostico, che si basa su tali modificazioni e che costituisce la reazione degenerativa; è necessario che chi fa applicazioni elettriche, sia padrone del suo apparecchio elettrico, ne conosca cioè la qualità della batteria, gli effetti della diversa messa in azione degli strumenti ausiliari — collettori, reostati, regolatori del voltaggio, detti anche questi ultimi riduttori di potenziale ecc.; — ne sappia gli inconvenienti, che possono derivare dallo irrazionale modo di adoperarli, *perchè la fina diagnostica sta in rapporto sia colla conoscenza delle leggi elettrofisiologiche ed elettrofisiche sia colla conoscenza di una perfetta tecnica* (VERONESI).

II.

Elettrometria (1).

Ricordo la legge fondamentale di Ohm, rappresentata dalla formola $I = \frac{E}{R}$, *cioè l'intensità è ugua-*

(1) Non si ritenga superfluo il ricordo di queste principali e brevi cognizioni, che si trovano sia nei trattati di fisica, sia nei

le alla forza elettromotrice, divisa per la resistenza. Dobbiamo però tener conto anche della resistenza interna della pila, che varia secondo la grandezza ed i tipi di questa; allora la formola è $I = \frac{E}{R+r}$, cioè l'intensità di una pila o di una batteria è proporzionale al quoziente della forza elettromotrice per la resistenza totale del circuito.

Questa formula è la base di tutte le misure elettriche e tanto il costruttore di apparecchi elettro-medicali, quanto l'elettroterapista la devono tener presente per la svariate combinazioni, a cui dà luogo, come vedremo.

Unità elettriche. — In elettroterapia si adopera la millesima parte dell'*Ampère*, cioè il *Milliampère*, che è l'unità di misura dell'*intensità o quantità di corrente*: e si chiama *volt* o *differenza di potenziale* o *tensione* la forza elettromotrice delle pile: la *resistenza* più o meno grande, che offre una pila colla sua resistenza interna ed esterna, si misura con l'Ohm.

Quando si uniscono tutti i poli positivi degli elettro motori (detti impropriamente pile) fra di loro con tutti i poli negativi degli elettromotori stessi, questo aggruppamento di poli positivi da una parte e di poli negativi da un'altra, chiamasi aggruppamento in *quan-*

---

trattati di elettroterapia moderni: le richiamo alla memoria per illustrarle di osservazioni, di confronti e di applicazioni pratiche che non si leggono in nessun libro e che giovano perciò allo scopo prefissomi.

tità (sin.: in *superficie,* in *parallelo,* in *derivazione,* in *catena*); quando si unisce il polo positivo di un elemento col negativo di un altro e così di seguito, tale aggruppamento chiamasi in *tensione* (sin.: in *successione,* in *serie,* in *colonna*).

Quello che dicesi per le pile vale anche per gli accumulatori.

Quando dovremo vincere un ostacolo, cioè quando dobbiamo elettrizzare una parte del corpo umano e tra due elettrodi v'è notevole distanza, per superare la resistenza, data dai tessuti organici interposti, dobbiamo fare l'aggruppamento delle pile in *tensione*: la tensione è stata paragonata, con molta esattezza, alla pressione prodotta dall'acqua: l'acqua avrà tanta più pressione, quanto più il serbatoio dell'acqua è posto in alto: e più è posto in alto, meglio vincerà gli attriti e le resistenze della conduttura: così più forte sarà la tensione e più forza di penetrazione nel nostro organismo avrà la corrente: per aumentare la tensione dobbiamo aumentare perciò il numero degli elementi in *serie.*

L'*intensità* è stata paragonata alla quantità di acqua, che passa in una conduttura: cioè alla quantità di elettricità, che passa nel corpo umano.

In elettroterapia — questo è importante — possiamo aver bisogno ora di molta tensione (voltaggio) e di poca quantità di elettricità (milliamperaggio), o viceversa, cioè di poca tensione e di molto milliamperaggio, donde

la necessità che ogni batteria deve essere munita di istrumenti che riducono la tensione e l'intensità (1).

L'intensità è una funzione della dimensione della pila o dell'accumulatore, cioè più grande è la pila o l'accumulatore e maggiore è la quantità di elettricità che contiene: al contrario, la tensione è indipendente dalla grandezza della pila o dell'accumulatore, purchè si tratti sempre dello stesso tipo di elettromotore: cambiando invece il tipo dell'elettromotore, cambia anche la tensione.

Le pile Daniell, Leclanchè, Gaiffe ecc., per citare le più comuni, come gli accumulatori Tudor, gli Edison, qualunque sia la loro dimensione, hanno sempre un eguale voltaggio (2).

In elettroterapia si dovrebbe tener conto di un'altra unità di misura cioè, della quantità di elettricità, che passa in una data unità di tempo: in fisica chiamasi *coulomb*, la quantità di elettrictà, che attraversa un cir-

---

(1) Da molti si scambia l' intensità colla tensione generando confusione: questo errore è ripetuto anche nel libro del REGNARD: *Formulario di elettroterapia pratica,* Milano, Casa editrice libraria, 1900, pag. 22.

(2) Ad esempio prendiamo il tipo di pila ec. Lacombe molto diffuso in Francia al perossido di manganese, di cui si costruiscono in tre dimensioni 140 × 60, 170 × 75, 190 × 85 ; tutti i tre elementi hanno la stessa tensione, cioè Volt 1.55 ; naturalmente varia la resistenza interna da Ohm 1.50 a 0.65 e a 0.55 per l'elemento più grande 190 × 85 che ha il zinco piatto. Per gli accumulatori, v. A. BERTHIER, *Les piles a gaz et les Accumulateurs légers,* Paris, Desforges, 1905.

cuito durante un secondo: tale quantità corrisponderebbe ad un ampère: il Voltametro, al solfato di rame, è l'istrumento per misurare il numero dei *coulombs.*

In elettroterapia questa unità di quantità ha la sua importanza, perchè l'effetto terapeutico è ben diverso da tipi di batterie, che forniscono 40 M.A. in due minuti, da quelle che forniscono 40 M.A. in un minuto.

Le pile, a grande resistenza interna, anche se sono di grande dimensione, non posson dare molta quantità di elettricità nell'unità di tempo (1); le pile invece, senza vaso poroso, che hanno perciò poca resistenza interna, come le pile al bicromato di potassio o al bisolfato di mercurio ecc., come pure le grandi pile Leclanché, in cui il cilindro di carbone funziona da vaso poroso, possono fornire questa maggiore quantità di elettricità nell'unità di tempo anche se sono di piccole dimensioni: queste ultime però ben presto si esaurirebbero, avendo capacità elettrica debole.

Vedremo più innanzi quale deve essere il tipo da presciegliersi per l'applicazione elettrica, dopochè avremo parlato della durata e della costanza della corrente di una pila in riguardo alla sua capacità.

Coloro, che esagerano il metodo dell'elettrilizzazione localizzata, trascurano questa unità di misura,

---

(1) Le pile Siemens-Halske, simili all' elemento Remak, che si adoperavano per il passato, per la forte resistenza interna (10 Olm), sebbene siano costanti, danno poca quantità di corrente: per cognizioni su altri tipi di pile v. M. MARTINELLI, *Le pile elettriche,* Milano, Bignami Editore, 1910.

cioè il « coulomb »; essa invece merita la nostra attenzione, perchè certe affezioni nervose vanno trattate con un forte milliamperaggio: ad es., certe nevralgie sono il risultato di un'affezione più estesa di quello che apparisce e l'applicazione elettrica non può essere — affinchè riesca efficace — che *regionale;* sono cioè gruppi di muscoli, sono zone più vaste, comprese nella lesione, — la quale si rivela apparentemente come un punto doloroso — che noi dobbiamo elettrizzare con elettrodi a grande superficie, i quali appunto — per esser di grandi dimensioni — richiedono un maggior numero di *coulombs* nella data unità di tempo.

Gli strumenti, che misurano le unità elettriche, sono il Milliamperometro, il Voltimetro ed il Voltametro; quelli che riducono il milliamperaggio ed il voltaggio sono i reostati e i riduttori di voltaggio, detti anche questi ultimi riduttori di potenziale.

Il Milliamperometro e gli strumenti di resistenza sono stati paragonati alla bilancia del farmacista; per ciò che riguarda la galvanizzazione il paragone manca di esattezza: colla bilancia si stabilisce la dose del medicamento secondo l'età, che reagisce quasi costantemente alla quantità del medicamento: in elettroterapia tanto i sani, che i malati presentano tolleranza variabilissima all'azione della corrente: oltre le speciali idiosincrasie, si sa che gli obesi offrono molta resistenza, come pure i bambini, i quali per l'incompleto sviluppo dei nervi periferici, oppongono una forte resistenza, da richiedere *più tensione che milliamperaggio.*

Il miglior criterio da seguire nella maggioranza dei

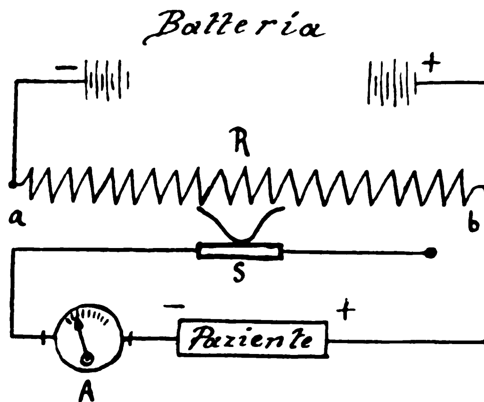
casi — nelle applicazioni elettriche esterne — è la *sensibilità del paziente « questa costituisce il migliore strumento di misura, dove è possibile farlo ». Dove non è possibile — perchè manca il termine di confronto del lato sano — dobbiamo farci guidare dal milliamperometro secondo le tavole, modificando però l'intensità in più o in meno secondo la sensibilità del paziente* (VERONESI).

Si intende che nelle applicazioni interne, come nella elettrolisi, nella galvano-caustica non possiamo fare a meno degli strumenti da misura.

Un apparecchio di misura del più alto interesse è il *regolatore del voltaggio*, da qualche ditta costruttrice confuso col *reostato, messo in derivazione.*

Il regolatore del voltaggio diversifica molto dal reostato, montato in derivazione: il regolatore del voltaggio va montato in serie e non in derivazione: il paziente si trova in derivazione rispetto al regolatore del voltaggio e costituisce una resistenza invariabile, che impedisce ogni corto circuito, che potrebbe danneggiare la batteria della pila o degli accumulatori; col reostato in derivazione, quando si toglie tutta la sua resistenza, si ha un corto circuito, che scaricherebbe gli accumulatori o danneggierebbe fortemente le pile, se la batteria fosse composta di queste.

Dalle figure qui appresso riportate e che io ho disegnate risulta evidente la differenza tra le due varietà di resistenze.



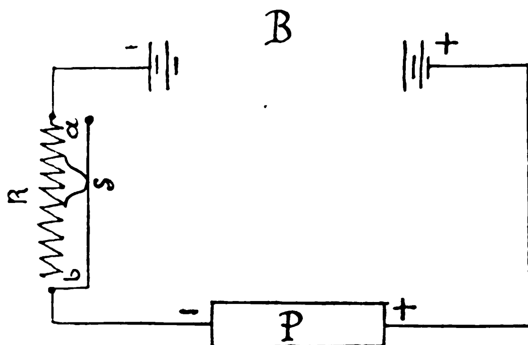
Regolatore del Voltaggio (Fig. 1ª).

La figura dimostra come è costruito il regolatore del voltaggio: un polo della batteria (B), il negativo (—), va al primo avvolgimento del filo di resistenza (R) e da questo filo di resistenza si deriva, per mezzo dello scorsoio (S), la corrente che va al paziente: l'altro polo della batteria, il positivo, va all'ultimo avvolgimento della resistenza R e dal punto di incontro del polo positivo coll'ultimo avvolgimento (b) parte un filo che mette capo al paziente.

Quando lo scorsoio si trova in (a) la corrente urta contro tutta la spirale della resistenza (R) e allora passa per il punto di minore resistenza e si scarica tutta sul paziente; in tal caso non si verificherà mai il corto circuito, perchè tra i due poli vi è tutta la resistenza, che offre il paziente, la quale è in media di 3000 Ohms. Se lo scorsoio si porta invece in (b), allora la corrente è obbligata, per la speciale costruzione dell'apparecchio, di passare per tutti gli avvolgimenti della resistenza (R) e potremo ridurre la corrente a zero, passando attraverso a fini gradazioni di essa, a seconda del numero degli avvolgimenti del filo di resistenza, di cui si compone il regolatore: così ad esempio, se la resistenza ha 300 avvolgimenti e la batteria ha 30 Volts, noi potremo ottenere delle gradazioni di $^1/_{10}$ di Volt: se gli avvolgimenti fossero 600 ed il voltaggio sempre di 30 si possono ottenere delle gradazioni di $^1/_{20}$ di Volts e così di seguito.

Il reostato in derivazione o per circuito derivato si differenzia dal regolatore del voltaggio, perchè, quando vogliamo ridurre

a zero la Resistenza, noi produciamo un corto circuito e corriamo il rischio di scaricare completamente la batteria se è di accumulatori, o di danneggiare fortemente la batteria se è di pile.



Reostato in serie (Fig. 2ª).

Nel reostato, montato in serie, non si corre il rischio, quando si porta la resistenza a zero, di danneggiare la fonte della corrente, perchè vi è inserita sempre la resistenza del paziente; tanto nel reostato a circuito derivato, quanto in serie, la resistenza è variabile; è cioè più o meno forte a seconda che lo scorsoio abbraccia un maggior o un minor numero di avvolgimenti della spirale: nel regolatore del voltaggio invece la resistenza, come si vede osservando la figura, è immutabile; da questa resistenza immutabile si deriva, per mezzo dello scorsoio, un circuito derivato, che dà maggiore o minore tensione, a seconda che sono maggiori o minori gli avvolgimenti presi dallo scorsoio ed utilizzati come circuito derivato sul paziente.

Ogni batteria elettrica dovrebbe essere montata con il reostato e col regolatore del voltaggio, e dovrebbe essere munita del milliamperometro e del voltimetro.

Negli esami elettrici si è tenuto conto sino ad ora soltanto della intensità della corrente e si è trascurata la tensione: invece « *per esaminare i rapporti quantitativi della eccitabilità elettrica dobbiamo tenere conto assolutamente anche del voltaggio* (VERONESI).

La casa Reiniger, di Erlangen, aveva messo in commercio il volt-malliamperimetro del dottor Dubois, che dava, mediante speciale congegno, la misura dell'intensità e della tensione; questo istrumento, da quanto mi comunica la Casa, non viene più costruito per mancanza di richieste da parte degli elettro-terapisti (1).

Noi faremo rilevare l'importanza della presenza degli istrumenti di misura riportando le tavole di Stintzing: queste tavole, per essere redatte senza aver tenuto conto della tensione, devono essere rifatte. Lo Stintzing tenne conto soltanto dell'intensità, donde la loro imperfezione ed eccone la ragione: gli effetti, prodotti dalla corrente elettrica sull'organismo, sono diversi se, adoperando la stessa intensità (Milliamperaggio), facciamo variare la tensione e viceversa: parimenti accade nella corrente faradica, dove però gli effetti sono più complicati, perchè in questa bisogna tener conto non solo della tensione e della intensità, ma anche della lunghezza e dello spessore dei fili, con cui si costruiscono il rocchetto primario e secondario.

Per la corrente faradica occorre perciò, per le ricerche elettro-diagnostiche, un tipo unico di rocchetto, che deve essere animato da un elettro-motore di un tipo fisso, con dichiarata tensione e che, mercè reostato, desse un dato amperaggio: per soddisfare a queste esigenze non vi è che l'accumulatore, che ha costante il voltaggio.

---

(1) Nell' ultimo catalogo (1913) del Balzarini si nota un Voltimilliamperametro: sarebbe desiderabile che il Milliamperometro non si arrestasse a 10 M A, ma si estendesse fino a 125 M A, come era quello del Dubois.

Tavole di Stintzing.

Valori di Stintzing per l' eccitabilità foradica dei nervi.

NERVO	Val. minimo in millampères	Valore medio	Valore massimo	Differenza massima fra i due lati
Facciale	145	132 - 110	102	10
Accessorio	»	145 - 130	125	10
Mediano	141	135 - 110	100	12
Cubitale sopra l' olecrano. .	145	140 - 120	110	6
Cubitale fra l' olecrano ed il condilo interno	»	130 - 107	»	11
Radiale.	125	120 - 90	»	10
Crurale.	»	120 - 103	»	8
Peroneo	138	127 - 103	95	13
Tibiale posteriore	125	197 - 95	93	10

Valori normali dell' eccitabilità galvanica dei nervi.

NERVO	Val. minimo in millampères	Valore medio	Valore massimo	Differenza massima fra i due lati
Faciale.	0.80	1 - 0.25	2.8	1.3
Accessorio.	»	0.01 - 0.04	0.6	0.15
Mediano	0.27	0.3 - 1.5	2.0	0.6
Cubitale 1°	»	0.2 - 0.9	1.3	0.6
Cubitale 2°	»	0.6 - 2.6	»	0.7
Radiale.	0.7	0.9 - 2.7	3.0	1.1
Crurale.	0.3	0.4 - 1.7	2.6	0.6
Peroneo	»	0.2 - 2.0	2.7	0.5
Tibiale posteriore	»	0.4 - 2.5	»	1.1

Le tavole di Stintzing, per essere attendibili in modo assoluto, a lato del milliamperaggio, si doveva mettere, come si è detto, anche il voltaggio della batteria: Oppencheim, colla sua grande pratica, comprese che le tavole di Stinzing avevano un difetto, ma non scoprì la causa: raccomandò che dovevano adoperarsi gli stessi elettrodi, che fossero cioè di eguale dimensione (1) e ben bagnati ed applicati con egual pressione, come raccomanda anche il Sahli, affinchè i risultati fossero paragonabili tra loro e che — questo è essenziale — si dovevano adoperare le stesse batterie di Stintzing. Che cosa era questa raccomandazione se non il riconoscimento della necessità di avere nell'indagini elettro-diagnostiche un voltaggio costante? Infatti, come è noto, ogni pila di ogni dato tipo ha un voltaggio, che diversifica da altre pile di altri tipi: ed ogni batteria, pure avendo lo stesso milliamperaggio, può fornire un diverso voltaggio, a seconda del numero maggiore o minore di elementi e può per conseguenza provocare reazioni diverse sul nostro organismo.

Si impone perciò d'ora innanzi la simultanea presenza di due apparecchi di misura nelle batterie elettro-medicali e la presenza di due apparecchi ausiliari, il reostato e il riduttore del voltaggio (Veronesi).

Questo completo arredamento è indispensabile attualmente, in quanto che ora adoperiamo la elettricità, sia dal punto di vista diagnostico, sia da quello progno-

(1) L'elettrodo normale di Erb è di 10 cmq., quello di Stintzing per i piccoli muscoli, situati uno vicino all'altro, è di 3 cmq.

stico, negli infortuni sul lavoro: in tal caso — perchè le conclusioni dei periti siano prese come norma dal magistrato per decidere — queste si devono basare sopra ricerche ed esplorazioni, che siano paragonabili fra loro ed eseguite colle istruzioni sopra riportate.

Tanto le batterie di pile di antica costruzione, quanto le moderne, vengono fornite di un apparecchio detto *collettore*, il quale serve per aumentare o diminuire il numero degli elementi da utilizzare: questi collettori, che si chiamano anche « sommatori » si possono considerare come riduttori del voltaggio: la necessità di questi collettori, per il passato, era evidente: ad esempio: se noi vogliamo constatare la reazione degenerativa della paralisi del facciale, noi abbiamo bisogno di pochissima tensione e di pochissimo milliamperaggio: sei piccolissimi elementi, Leclanché, a vaso poroso, provocano la reazione degenerativa dal lato malato.

I *collettori* però presentano un grande inconveniente: gli elementi elettromotori non si consumano tutti egualmente: ed allora accade che l'elemento più usato fà da resistenza quando viene inserito assieme agli altri che sono stati meno adoperati e produce abbassamento del voltaggio: è questo un grave inconveniente, sul quale i costruttori e gli elettroterapisti non hanno portato l'attenzione.

I *collettori* devono essere perciò aboliti e sostituiti dai reostati e dai regolatori del voltaggio, coi quali possiamo raggiungere la riduzione del milliaperaggio e del voltaggio: una batteria in tal modo montata si presta

alle esigenze le più svariate e risparmia la compera di batterie di diverso numero di elettrometri.

La *densità* di corrente costituisce un'altra nozione fondamentale, perchè rappresenta il numero di M.A. che passa per cmq. di elettrode: più grande è l'elettrode e minore è la densità di corrente che vi passa e viceversa: in elettroterapia, quando si hanno effetti dolorosi « escare » dall'applicazioni degli elettrodi è segno che è troppo grande il numero di M.A. che passa per un cmq.: si evita tale inconveniente aumentando la superficie dell'elettrode: di tale densità si tiene conto specialmente nell'eelettrolisi, nella ionoterapia ecc. (1).

L'elettromotore, che dobbiamo prescegliere per comporre la nostra batteria, deve possedere un'altra qualità, cioè deve essere capace di contenere molta quantità di elettricità (milliamperaggio) e perciò deve essere di dimensioni non tanto piccole, perchè più grande è la pila, maggiore è la quantità di corrente che possiamo utilizzare e, la corrente, che si svolge, può esser resa, con opportune resistenze, di lunga durata, quale occorre in certe affezioni.

Le Fort ottenne risultati meravigliosi, nell'atrofia del nervo ottico (2), con l'applicazione prolungate. L'inge-

(1) Un elettrode di un cmq. ha una resistenza dieci volte maggiore di un elettrode di 10 cmq.

(2) La maggior parte degli oculisti sogliono tentare tutti i loro metodi curativi, ben sapendo che sono inutili e consigliano l'elettricità quando non può più giovare: allora esclamano: vedete che l'elettro-terapia non serve a nulla!

gnere Chardin, di Parigi, rinomato costruttore di apparecchi elettromedicali, — che faceva anche applicazioni, terapeutiche — ci fa noto (1) che ha guarito un caso di nevralgia del trigemino, applicando la corrente per tre notti di seguito: tale nevralgia era stata ribelle alle cure dei dottori Tripier, Bergoniè, Vigouroux ecc., nomi illustri della scienza elettroterapica: nella mia pratica elettroterapica io adotto tale metodo che, sebbene più costoso, mi ha dato maggiori soddisfazioni: il limite, che mi sono imposto, mi vieta di trattenermi più oltre su questo argomento.

Le batterie trasportabili, che si mettono in commercio, tanto di fabbrica nazionale che estera, hanno l'inconveniente di essere costituite da piccoli elementi, che presto si esauriscono nell'applicazione di lunga durata: donde la noia di caricarle spesso; di più il liquido deplorizzante, consigliato da certe Ditte si polarizza con facilità quando l'applicazione è di lunga durata: questi elementi, per causa delle piccole dimensioni, hanno una forte resistenza interna.

Queste batterie devono cedere il posto a quelle che ho fatto costruire e che sono di maggiore capacità.

Le istruzioni, che ci hanno lasciato i più illustri elettroterapisti, si accordano con quanto abbiamo sopra esposto; Remak diceva: « Io devo dire per i medici, che ripetono le mie esperienze, che l'effetto curativo dipende

(1) Chardin Ch., *L'électricité médicale,* Paris, Berthier Èd., 1913.

dalla superficie degli el
bisogna rigettare ass
coli elementi » (1).

Hiffelseim, v
di preferenza,
grandi (2) n
vano debol
ottenere
larga

si

me 0,50 Ohm, dà effetti

= 3 Amp.

liquidi, che
resistenza
ore am-

Queste
che offre il
dividuo, e
da scartar
forti resis
duttori di
mato di p
caso, esse
teria non
convenie
e non sar

Dall
esattezza
nominat

La
che si r
colla ca
la quan
stenze,
come s

G
a tale
galva
costa
sono

T
è sem

(1
électri

Queste batterie, nonostante la resistenza interna, che offre il corpo umano, che varia da individuo ad individuo, e che in media si calcola a 3000 Ohm, sono da scartarsi: esse, per adoperarle, richiederebbero delle forti resistenze, a meno che non si montassero con i riduttori di potenziale, o si adoperassero pile, al bicromato di potassio, di piccole dimensioni; in questo caso, essendo maggiore la resistenza della pila, la batteria non darebbe effetti caustici, ma presenterebbe l'inconveniente, per la debole capacità, di esaurirsi subito e non sarebbe adatta per le applicazioni di lunga durata.

Dalla illustrazione della formula di Ohm risulta la esattezza dei consigli di Hiffelseim e degli altri sopra nominati.

La « *costanza* » della corrente è un altro requisito, che si richieda dalla pila e sta per lo più in rapporto colla capacità della pila: più grande è la pila e più è la quantità di corrente che contiene e, con adatte resistenze, si può ottenere una corrente non solo di durata, come si è detto, ma anche costante.

Gli apparecchi elettromedicali, che non soddisfano a tale necessità, sono imperfetti e da ripudiarsi: nella galvanizzazione del capo, ad esempio, si richiede una costanza assoluta per evitare fosfeni, lampi, che possono essere nocivi anche alla vista.

Tra tutte le pile antiche e moderne la più costante è sempre la Daniell (1): la pila Carrè, secondo modello,

(1) V. op. citata MARTINELLI, meglio DELAHYE, *L'année électrique*, Paris, Baudry Èd., 1892.

1888 (1), che n'è una modificazione, consistente nella sostituzione di un diaframma cilindrico di carta pergamenata al vaso poroso è — come io ho pure constatato — di una costanza meravigliosa: questa pila soddisferebbe a tutte le esigenze, perchè ha una capacità anche forte: però tutte le pile a vaso poroso, sono state escluse dalla pratica giornaliera per le cure minuziose che richiedono: si sono salvate da queste ecatombe le pile Leclanché di grandi dimensioni a vaso di carbone poroso: ma anche queste, o prima o poi, dovranno cedere il posto agli elementi di gran formato, al bisolfato di mercurio, o alle batterie di accumulatori, che ora si costruiscono in dimensioni da essere trasportabili.

La mia esperienza consiglia di adoperare le batterie trasportabili, a bisolfato di mercurio, a gran capacità, come sono quelle che io ho fatto costruire per la mia clinica privata: queste dànno ogni soddisfazione all'elettroterapista: la loro costanza, in virtù del nostro depolarizzante, è anch'essa meravigliosa: la capacità è notevole: con regolatori adatti dell'intensità e della tensione della corrente si prestano molto bene sia per la galvanizzazione, sia per la ionoterapia, risparmiando la spesa di due batterie.

---

(1) Una pila, che sta al confronto colla Daniell, se non la supera, è la Lalande Chaperon all' ossido di rame, colle sue modificazioni, v. A. MONTEPELLIER, *Les accumulateurs et les piles électriques*, Paris, Baillière et Fils, 1906.

III.

Apparecchi elettromedicali in comunicazione colla corrente stradale.

Gli apparecchi elettro-medicali, che funzionano colla corrente stradale, sono senza dubbio i più economici: la spesa di consumo per galvanizzazione e faradizzazione è minore di quello di una lampada a 16 candele, che consuma pochi centesimi all'ora: questi però non si prestano alle ricerche delicate elettrodiagnostiche per le alternative di aumento o di diminuzione dell'intensità di corrente, a cui vanno soggetti per il variabile consumo della corrente, che se ne fà in città: sono perciò da proibirsi assolutamente anche perchè possono riuscire dannosi nella galvanizzazione della testa, dove si richiede — per evitare fosfeni — una corrente costante, senza oscillazione, non pulsante.

Altri più gravi inconvenienti presentano questi apparecchi. La corrente stradale, che si utilizza con essi, può essere di 100 volts o di 220 volts: questa elevata tensione viene ridotta mediante resistenze fisse, lampade e reostati messi in derivazione. La rete stradale, che dà 110 volts, non riesce pericolosa per il paziente, perchè essendo la istallazione di tale rete a due condutture (conduttura di andata e conduttura di ritorno) è esente da circuito terrestre: la rete stradale però, che è a 220 volts, può riuscire pericolosa per il paziente per un cattivo isolamento, essendo l'istallazione di tale rete a tre condutture, di cui una è in comunicazione colla

terra: in tal caso può accadere, quando il piancito è umido, che si renda percettibile tale circuito quando si tocchi uno solo dei fili conduttura della luce. Per evitare inconvenienti e per garantirsi dalle conseguenze nocive del circuito terrestre, bisogna isolare la tavola, dove siede il paziente e l'operatore: anzi è bene che l'operatore si isoli dalla terra con scarpe di gomma (1).

Alcune ditte costruttrici uniscono gli apparecchi di congiungimento con il regolatore del voltaggio; è questo un perfezionamento, perchè il regolatore del voltaggio riduce la tensione elevata della rete stradale a 60-70 volts, e quindi è adatta per galvanizzazione: gli apparecchi di congiungimento, che ne sono privi, e che riducono soltanto l'intensità mercè lampade e spirali metalliche, messe in derivazione, hanno l'inconveniente di elettrizzare il paziente con elevata tensione; questa elevata tensione produce un senso di bruciore alla pelle: donde la differenza notevole di elettrizzazione tra corrente ad elevata tensione e a minima intensità, e corrente a più bassa tensione ed a uguale intensità, ambedue prodotte dalla stessa corrente stradale, regolata però da apparecchi diversi di resistenza.

Nonostante questi perfezionamenti e queste precauzioni, rimangono gli altri inconvenienti sopra notati,

---

(1) A Perugia vi sono due impianti elettrici, quello della Casa Siemens a tre conduttori e quello di Collins e C. a due conduttori: il primo ha un circuito terrestre ed è a 220 Volts, il secondo è senza circuito terrestre ed è a 110 Volts.

che consigliano a scartarli dal gabinetto elettroterapico (1).

Recentemente l'industria elettrotecnica ha messo in commercio degli apparecchi di congiungimento colla corrente stradale che sono raccomandabilissimi: questi apparecchi sono muniti di un motore-trasformatore, che riduce l'alto potenziale a 70 volts, e rende in tal modo la corrente galvanica indipendente dalla corrente stradale: inoltre, per escludere — e questo è per gli elettroterapisti importante — le pulsazioni minime che la dinamo, che è unita al motore-trasformatore potrebbe produrre, — si intercala un condensatore in modo che la corrente galvanica è, a quanto si afferma, senza pulsazioni, cioè senza alternative di aumento o di diminuzione di quantità (2).

Io consiglio, per la galvanizzazione specialmente dei bambini, le batterie di pile al bisolfato, di gran capacità, come sono quelle che io ho fatto costruire per la mia clinica privata: esse sono anche le più adattte per le reazioni elettrodiagnostiche le più delicate, in virtù della loro notevole costanza.

---

(1) Nessuno pensa a tali inconvenienti e dalla quasi maggioranza degli elettroterapisti si adoperano tali apparecchi! Il Sahli — v. Manuale dei Metodi Clinici di Esame, Milano, Vallardi 1913 pag. 1357, Vol. III — si domanda giustamente se tali apparecchi di congiungimento colla corrente stradale, che danno correnti più o meno pulsanti, siano dal punto di vista fisiologico, uguali alle correnti continue.

(2) La casa Reiniger di Erlangen li chiama « Pantostat »: le Ditte rinomate di Milano, Balzarini « Pantelettrogeno » Gorla « Tavolo universale ecc. » Campostano « Panelectrostat ».

CRITICA ELETTROTERAPICA

SOMMARIO:

Direzione della corrente - Necessità di distinzione di direzione di corrente rispetto all' asse cerebro - spinale e rispetto alla zona malata - Un esempio eloquente - Del metodo unipolare di Erb - Dell' anelettrotono e catelettrotono.

Direzione della corrente.

In elettroterapia dobbiamo considerare la *direzione della corrente*, la *durata dell'applicazione e il pronto intervento*: sono tre argomenti della massima importanza, perchè riguardano le parti fondamentali dell'elettroterapia.

La direzione della corrente ha dato luogo a molte discussioni: vi sono elettroterapisti, che ne affermano l'esistenza, altri che la negano

Il Tripier distinto elettroterapista (1), dopo quaranta anni di pratica, dichiarava « *che la direzione della corrente non esisteva* ». Il dott. Onimus (2), basandosi

---

(1) È autore di pregevoli opere di elettroterapia, tra le quali il *Manuel d' électroterapie; L'Électricité en médeine, Galvano-caustique et électrolyse, Applications de l' électricité a la médecine et à la chirurgie*, ecc.

(2) ONIMUS, *Guide pratique d' electroterapie*, Paris, Masson Éd., 1882.

sopra esperienze, qualche volta inesplicabili, perchè contradittorie, pensò bene a non compromettersi con affermazioni recise e consigliò « *che in terapeutica come altrove l'opportunismo ha una gran parte e soprattutto nell'impiego delle correnti elettriche* ».

È un consiglio molto prezioso in elettroterapeutica e che bisogna tener presente nelle nostre applicazioni.

La ragione di questi pareri discordi dipende dall'avere scambiata la direzione di corrente rispetto alla zona malata, colla direzione di corrente rispetto all'asse cerebro spinale e di aver distinto il metodo unipolare di Erb dal metodo di direzione di corrente rispetto alla zona malata, mentre trattasi dello stesso metodo.

Questi equivoci e questi errori ho rilevato leggendo i trattati di elettroterapia.

Per essere chiari e per ben comprenderci, io distinguo soltanto due metodi: quello della direzione di corrente rispetto alla zona malata o metodo unipolare di Erb e quello del metodo della direzione di corrente rispetto all'asse cerebro-spinale. In ambo i metodi è stata considerata la direzione di corrente rispetto ai poli: il che è stata causa di equivoci e di confusione: cioè è stata considerata la corrente discendente, che va dal polo positivo al polo negativo e la corrente ascendente, che va dal polo negativo al polo positivo.

Il nome di corrente discendente e ascendente è stato tolto dalla fisica: nell' interno della pila si formano due correnti, che vanno in senso opposto, cioè una, che va da uno degli elettrodi, immersi nell'elettrolito dell'elettro-motore, all'altro elettrodo e reci-

procamente: gli ioni positivi, come l' idrogeno, (1) che si sviluppa dalla decomposizione chimica dell'elettrolito, vanno dall' elettrodo positivo (zinco) immerso all' elettrodo negativo (rame o carbone) immerso: tale corrente chiamasi discendente: gli ioni negativi, come l' ossigeno, vanno dall' elettrodo negativo immerso (cioè dal rame e carbone) all'elettrodo positivo (zinco): tale corrente chiamasi ascendente.

Da questa proprietà di comportarsi degli ioni si è creata la ionoterapia, che utilizza, nel trattamento delle malattie, ora la corrente, che va dal polo positivo al polo negativo, e viceversa, a seconda che è il catione o l'anione della soluzione medicatrice, che vogliamo fare arrivare sulla zona malata (2).

La ionoterapia ci insegna come sia appunto fittizia la denominazione di una sola direzione di corrente, che si origina da una batteria di pile: era molto più razionale parlare di corrente che va dal polo positivo al polo negativo e viceversa (3).

La parte, che è immersa degli elettrodi, cioè lo zinco e il rame (o carbone), quando esce fuori dall'elettrolito, cambia polarità, il zinco diventa negativo, ed il rame (o carbone) positivo: la ragione è la seguente: fuori dell' elettrolito, il metallo non esercita più

---

(1) DELHERM et LAQUERRIÈRE ed altri chiamano l'idrogeno *catione* e l'ossigeno ed il gruppo ossidrilico OH *anione:* questa denominazione è errata: l' H come tutti i metalli sono positivi: e così si comportano gli alcaloidi: l' Ossigeno, i radicali acidi sono negativi: l'equivoco è derivato perchè si è guardato al cambiamento di polarità, che si verifica nello elettrodo zinco e nell'elettrodo carbone quando sono fuori della pila.

(2) Per maggiori istruzioni vedi gli importanti lavori di Delherm, specialmente « *L' Ionothérapia electrique* di L. Delherm et Laquerre, Paris, Bailliére Ed., 1908.

(3) Nel catalogo di Reiniger nella parte « Cataforesi ecc., si nota un errore che va rilevato: si legge che nella cataforesi o iontoforesi si deve sempre servirsi del polo positivo come polo attivo ».

alcuna azione chimica e allora esso si comporta come corpo conduttore, vale a dire, che lo zinco diventa semplice conduttore dello stato ionico degli atomi d'ossigeno, che si accumulano e si stratificano sulla parte immersa e prende la polarità dell'ossigeno che è negativo: il rame od il carbone, fuori dell' elettrolito, si comportano ugualmente e diventano semplici conduttori dello stato ionico degli atomi d' idrogeno, che si accumulano e si stratificano nella parte immersa, e prendono la polarità dell'idrogeno, che è positivo. Questa è la ragione per cui gli elettrodi immersi. quando sono fuori dell' elettrolito, cambiano polarità: la corrente chiamasi discendente quella che va dal rame o carbone al zinco e chiamasi ascendente viceversa.

Nella direzione di corrente rispetto all'asse cerebro spinale, quando il polo positivo si mette alla nuca ed il polo negativo alle estremità periferiche « mani o piedi » si chiama corrente discendente o centrifuga: quando si invertono i poli, si chiama corrente ascendente o centripeta. *Il nome di corrente ascendente e discendente dovrebbe esser riserbato soltanto alla direzione di corrente rispetto all'asse cerebro spinale* (Veronesi).

Nella direzione di corrente rispetto alla zona malata non si dovrebbe parlare del senso della direzione di corrente in ascendente o discendente, perchè gli effetti terapeutici di tal metodo sono prodotti dall'azione speciale o del polo positivo o del polo negativo: siccome però gli elettroterapisti hanno confuso e confondono il metodo unipolare col metodo della corrente rispetto all'asse cerebro spinale — dove non si può fare a meno di tener conto del senso della corrente in ascendente e discendente per gli effetti terapeutici diversi che si ottengono — così se noi vogliamo, anche nel metodo uni-

polare, parlare di direzione di corrente dovremo stabilire chiamare « *corrente discendente quando il polo positivo è applicato sulla zona malata ed il polo negativo sopra o sotto o ai lati della zona malata; corrente ascendente quando s'invertono i poli* ».

Con tale definizione si fà astrazione dal fatto se il polo indifferente si trovi vicino o lontano dall'asse cerebro spinale: la denominazione del senso della corrente — nel metodo unipolare — non è data più dal centro nervoso e dalla periferia, ma dalla zona malàta, per cui può accadere che ciò che chiamasi corrente ascendente rispetto alla zona malata, diventa invece corrente discendente o orizzontale rispetto all'asse cerebro-spinale e viceversa, come vedremo avanti.

Questa discussione non si ritenga inutile o superflua: essa è della massima importanza e necessaria per comprendere bene gli autori e le controversie in proposito, ed è perciò che io ho messo in evidenza in che consiste l'equivoco.

Ad esempio Huet (1), a proposito del metodo unipolare e delle sue applicazioni scrive « per aumentare l'eccitabilità, col metodo polare, si pone l'elettrodo negativo sovra l'organo da elettrizzare (che è l'organo malato): col metodo della direzione di corrente si impiega la corrente ascendente: per diminuire al contrario l'eccitabilità, si pone il polo positivo sovra l'organo, ossia la corrente discendente ».

---

(1) Debove et Achard, *Manuel de Médecine,* Tome IV, *Maladies du Système Nerveux,* pag. 720. Paris, Hueff Èd., 1894.

L'Huet cade, con tale istruzione, in un equivoco e fa confusione: infatti se col metodo unipolare è l'azione preponderante, esclusiva del polo *differente,* che spiega la sua efficacia, la sua specificità sulla zona malata, poco importa sapere se il polo *indifferente* sia posto sopra la zona malata, cioè più vicino ai centri nervosi (corrente ascendente secondo Huet) o sotto la zona malata, più lontano cioè dai centri nervosi (che dovrebbe chiamarsi secondo Huet corrente discendente), o lateralmente ad essi. Ma l'Huet, e come tanti altri, preoccupati sempre del senso della corrente, anche quando fanno applicazioni del metodo unipolare, adoperano un linguaggio improprio.

Per citare un altro esempio, Onimus dice che « nella leucorrea giova moltissimo la corrente discendente col polo positivo nell'utero e il polo negativo nella nuca ». Onimus confonde il metodo unipolare colla direzione di corrente rispetto all'asse cerebro-spinale, cioè colla corrente ascendente propriamente detta, e chiama corrente ascendente quella che è invece per la definizione che ho sopra dato corrente discendente, perchè egli, quando tratta la leucorrea applicando il polo positivo nell'utero, tiene conto dell'azione polare che esercita il polo positivo sulla circolazione. Si sa infatti, da esperienze sulla circolazione, che i vasi si rinserrano presso il polo positivo e si dilatano presso il negativo.

Il trattamento della leucorrea appartiene perciò al metodo unipolare, perchè è appunto questo che tiene conto dell'azione locale dei poli, e non si dovrebbe par-

lare perciò nè di corrente ascendente nè di corrente discendente.

Nelle paralisi non si può applicare il metodo unipolare: in queste dobbiamo tener conto dell'azione fisiologica che esercitano le correnti rispetto all'asse cerebro-spinale, cioè le ascendenti e le discendenti: si sa che le correnti ascendenti o centripete diminuiscono l'eccitabilità nervosa, mentre le discendenti centrifughe l'aumentano. Noi applicheremo quindi la direzione di corrente rispetto all'asse cerebro spinale nel trattamento delle paralisi, che richiederanno le correnti discendenti, ponendo il polo positivo sulla nuca ed il negativo sulle estremità.

Sarebbe bene, d'ora innanzi, che si parlasse soltanto di metodo unipolare (o polare) e di correnti ascendenti o discendenti propriamente dette, stando rigorosamente alla definizione che ho dato di questi due metodi.

Il caso, che riporto e che studiai nella clinica di Roma nel 1888, illustra la differenza delle due direzioni di corrente.

« Si presenta un giovanotto di robusta costituzione
« colla contrattura seguente: l'avambraccio è flesso for-
« temente sul braccio ed appoggiato al torace: i mu-
« scoli bicipite, deltoide, pettorale e sterno cleido ma-
« stoideo si trovano nello stato di contrazione perma-
« nente ».

Si escluse un'affezione organica: trattandosi perciò di un'affezione dinamica, l'elettricità doveva avere ragione e presto sulla contrattura.

Accenno ad alcuni ricordi anatomici per la illustrazione del mio caso: vedi i trattati speciali per più complete nozioni: Testut: Anatomia umana, A. VAN GEHUCHTEN: *Le système nerveux de l'homme,* Lierre, 1893. Éd. Ioseph Van In et C.ie. 1893, pag. 253; STEIFFER: ATLANTE: *Manuale di diagnostica e terapia delle malattie del sistema nervoso,* Milano, Società edit. lib., 1904.

Il plesso brachiale è formato dalle anastomosi delle branche anteriori dei quattro ultimi nervi cervicali (5°, 6°, 7° e 8° paio) e dal primo nervo dorsale. La branca posteriore del VI paio cervicale, quella posteriore del VII e la branca posteriore del tronco, che è formato dall'VIII paio cervicale col primo dorsale, si uniscono fra di loro in un tronco voluminoso, da cui originano il nervo circonflesso ed il nervo radiale.

I nervi del braccio e della spalla provengono dal V paio cervicale e dal 1° dorsale, i quali si intrecciano nel plesso brachiale in un modo molto complesso: nella contrattura dell'avambraccio sul braccio prendono principalmente parte il bicipite, il brachiale anteriore, il coraco-brachiale, che sono innervati dal nervo muscolo-cutaneo, che deriva dal V e VI paio cervicale: da tali paia deriva pure il nervo circonflesso, che va al muscolo deltoide, e dai paia V, VI, VII e VIII cervicali deriva il nervo radiale, che va ai muscoli, lungo supinatore, tricipite ed estensore della mano. Le branche collaterali del plesso, parte di esse hanno origine dal V e VI paia cervicali e vanno ai muscoli sopra e sotto spinosi, romboidi, sotto scapolari, al fascio clavicolare del grande pettorale ed al grande dentellato, parte hanno origine dal VII e dall'VIII paio cervicali.

La paralisi del plesso brachiale, che interessa le radici cervicali del V e VI paia cervicale, produce la paralisi e l'atrofia dei muscoli deltoide, bicipite, brachiale anteriore, supinatore lungo, sopra e sotto spinoso: in conseguenza di questa paralisi è impedita l'elevazione, l'abduzione del braccio e la flessione dell'avambraccio sul braccio; tale flessione è dovuta, secondo gli anatomici, appunto ai muscoli bicipite, brachiale interno e lungo supinatore, che sono animati dai nervi muscolo-cutanei e radiale. Il Du-

chenne trovò, colla faradizzazione localizzata, che il bicipite è il muscolo supinatore dell' avambraccio e il muscolo supinatore non è altro che il flessore e leggermente supinatore dell'avambraccio (1).

Eccitando colla elettricità il punto di Erb, che si trova un pò al di sopra della clavicola e lateralmente al muscolo sterno-cleido-mastoideo — nel qual punto si trova una porzione comune del plesso brachiale — abbiamo contrazione del deltoide, del bicipite, del branchiale interno e del lungo supinatore: spingendo l'elettrodo più profondamente, si trova tutto il plesso branchiale.

Trattamento. — Esperimentai il metodo unipolare Erb: e sapendo l'influenza benefica, che ha l'anode sugli spasmi, sulle contratture, sui tremori ecc. applicai l'anode sul punto di Erb, nella sua forma superiore (2), nella fiducia che, sotto l'influenza dell'elettrotono, diminuisse l'aumento patologico dell'irritabilità muscolare, che determinava la contrattura, e posi il catode, cioè l'elettrode indifferente, allo sterno: la contrattura, invece di diminuire, aumentò: ugual risultato ottenni spostando il catode dallo sterno alla nuca ed invertendo i poli: con tale disposizione degli elettrodi, io, nello

(1) DUCHENNE, col suo metodo celebre della faradizzazione localizzata, constatò anche che il muscolo tibiale è l'estensore e l'adduttore del piede e che il muscolo gemello è il suo antagonista, cioè il flessore e l'abduttore del piede. V. Opera: DUCHENNE: *De l'électrisation localisée,* dernière édition, 1872.

(2) Più profondamente, ma non accessibile, si trova tutto il plesso brachiale.

stesso tempo che praticavo il metodo unipolare, variai anche la corrente da discendente in ascendente rispetto alla zona malata senza ottenere alcuna risoluzione della contrattura. Risultato negativo ottenni pure ponendo un elettrodo a destra sul punto di Erb, e l'altro elettrodo sul punto simmetrico, ed anche invertendo i poli.

Il metodo perciò unipolare di Erb, che non è altro che il metodo della direzione di corrente rispetto ai poli, fallì completamente nel mio caso, nessun effetto terapeutico avendo io ottenuto dall'azione esclusiva dei poli (1).

Ricorsi alla direzione di corrente rispetto all'asse cerebro spinale, che mi aveva dato in altri casi capitatimi risultati diversi dal metodo unipolare: anche in tale applicazione, preoccupato sempre dall'elettrotono, volli tener conto dell'azione sedativa dell'anode, combinando così l'azione della prevalenza dei poli, di cui si tiene conto nel metodo unipolare, colla direzione della corrente rispetto all'asse cerebro spinale: applicai perciò l'elettrode-anode nel punto di Erb e l'elettrode catode nella mano: anche qui l'effetto fu negativo: invertii i poli ed ebbi risoluzione della contrattura, la quale fu vinta soltanto con poche applicazioni della corrente centripeta (ascendente).

L'azione calmante fu ottenuta nel caso esposto non già dall'anode, che si trovava alla periferia (mano), ma

---

(1) La scuola moderna francese è in errore, perchè tiene conto soltanto del metodo polare, v. DEJERINE nel *Trattato di patologia generale* del BOUCHARD, vol. V, pag. 404, Torino, U. Tip. Ed., 1902.

dalla direzione della corrente rispetto all'asse cerebro spinale, direzione che era centripeta (ascendente): e non poteva accadere diversamente, perchè altri criteri ci dovevano guidare nel trattamento di tale affezione: noi dovevamo diminuire l'eccesso dell'eccitabilità motrice nervosa, che produceva la contrattura e dovevamo perciò impiegare la corrente ascendente, che ha una azione inversa a quella nervosa motoria: operando diversamente, noi sommavamo l'azione nervosa con quella della corrente elettrica e si otteneva infatti una maggiore contrazione: se trattavasi di una paralisi, la corrente doveva essere discendente (centrifuga) (1).

---

(1) Secondo MARIANI, MATTEUCCI, REMAK le correnti ascendenti agirebbero più energicamente sui nervi motori, e le discendenti sui nervi sensitivi: le paralisi perciò di movimento si dovrebbero trattare colle correnti discendenti, e le paralisi dei nervi sensitivi colle correnti discendenti. Erb. preoccupato del suo metodo unipolare, consiglia parimenti le correnti ascendenti negli stati di debolezza, di paralisi, nei processi di infiammazione e di degenerazione cronica e le correnti discendenti negli stati irritativi, nei processi acuti, dove i fenomeni di eccitazione sono preponderanti o quando si ha a fare con persone irritabili e nervose.

Di fronte a tali divergenze noi dobbiamo farci guidare dalla pratica, più che dalle concezioni teoriche e dagli esperimenti fisiologici, che per essere troppo limitati, non possono estendersi all'uomo. Così ad es. nella corea, secondo tali autori, si dovrebbe applicare la corrente discendente, poichè la corrente ascendente aumenterebbe i movimenti coreici, a causa della loro eccitabilità: invece nella corea si è constatato che riescano di una efficacia incontestabile le correnti ascendenti: lo stesso Onimus, che condivide le idee dei suddetti autori, lo riconosce e lo consiglia!

Colla definizione ed illustrazione, che ho dato delle due direzioni di corrente, è possibile intenderci: altrimenti — e il caso esposto ne è la conferma — si cade in equivoci.

Il metodo unipolare, che è tanto raccomandato dalla scuola tedesca, non è sempre applicabile: quando si deve applicare rigorosamente, siccome in questo è incluso il concetto dell'azione predominante del polo (1), sia questo positivo o negativo, per rilevare meglio tale azione predominante, il prof. Brunelli raccomandava che gli elettrodi venissero posti a distanza notevole l'uno dall'altro, perchè aumentandosi le resistenze, meglio si esplica l'azione differente e locale dei poli.

Nella pratica bisogna seguire il consiglio sopra riportato di Onimus: ora è il metodo unipolare Erb, che dobbiamo adottare: ora è il metodo della direzione di corrente, centripeta o centrifuga, rispetto all'asse cerebro-spinale.

Il metodo *unipolare* (2) ha senza dubbio dei pregi specialmente nelle nevralgie per la sua azione irradiante non molto estesa e per l'anelettrono e cataletrono, a cui dà origine.

---

(1) Il polo negativo si applica, col metodo unipolare, nelle forme torpide, nei casi di indurimento, di sclerosi, ecc.: il polo positivo, invece quando vogliamo diminuire l'eccitabilità della zona malata, come nei fenomeni di congestione, di dolore, ecc.

(2) Il metodo unipolare consiste, secondo Erb, nel porre il polo indifferente sullo sterno o sulla nuca e l'altro sulla zona malata: in tale applicazione Erb non tiene conto della corrente se è discendente o ascendente.

Brenner aveva ragione, quando propugnava il metodo *unipolare*, che gli diede parecchi successi nell'affezione del nervo acustico, che è, come è noto, un ramo piccolissimo; parimenti il prof. Brunelli lo consigliava nel *tic doloroso* o *nevralgia del trigemino*: riesce parimenti efficace nelle nevralgie, in quelle specialmente dette *idiopatiche*, che dipendono da un'affezione diretta degli stessi nervi, dove spesso porta guarigione completa, sia nei casi recenti, come negli inveterati ecc.; l'azione dell'anelettrotono, essendo limitata, si estende però a una porzione del nervo e non a tutto il nervo.

Per lo sviluppo dell'elettrotono non si richiede che gli elettrodi stiano lontani fra di loro: gli esperimenti fisiologici di Dubois-Reymond, che hanno dato origine a tale teoria, sono limitati a nervi o a porzione di nervi. Dalla discussione fatta sopra tali metodi, il medico pratico vedrà quale è il metodo che più gli conviene di adottare.

Durata dell' applicazione.

La durata delle sedute di elettrizzazione influisce moltissimo sugli effetti terapeutici: questa durata è variabile secondo le malattie: la scienza ufficiale assegna per ogni malattia un dato numero di minuti: questo è un errore: noi dobbiamo farci guidare nella durata dell'applicazione, non solo dal genere della malattia, ma anche dal suo andamento verso lo stato cronico: nelle atrofie muscolari la corrente faradica deve essere, come

osservò la prima volta Duchenne, di breve durata (1): in linea generale, l'applicazione deve essere di lunga durata e la corrente galvanica deve essere costante. La causa degli insuccessi del trattamento elettrico dipende dalle applicazioni di troppo breve durata.

Le batterie trasportabili, che attualmente si trovano in commercio, non possono fornire correnti di lunga durata e costanti, perchè sono costituite da elementi di piccola capacità e noi abbiamo visto, nella parte trattante l'elettrometria, che la costanza della corrente non può essere data che da elementi di maggiore capacità.

Gli apparecchi di congiungimento colla corrente stradale, se, muniti di motore trasformatore e di relativo condensatore, si prestano per l'applicazione di lunga durata: però quelli, che ne sono privi, sono da escludersi specialmente nella galvanizzazione del capo, dove la corrente essendo pulsante, sarebbe causa di continui fosfeni. Essa poi è assolutamente da proibirsi ai bambini.

Duchenne consigliava di non prolungare troppo le sedute colla corrente faradica nelle atrofie muscolari, perchè sarebbero riuscite nocive (2). In altre affezioni in-

---

(1) Errano coloro che, citando DUCHENNE, credono che questo illustre medico facesse applicazioni di corrente galvanica. DUCHENNE ha fatto sempre applicazioni di corrente faradica: l'equivoco è forse sorto, perchè egli usò il nome improprio di galvanizzazione invece di faradizzazione.

(2) L'Ospedale civile di Perugia ha un apparecchio di congiungimento colla corrente stradale a tre condutture: questo apparecchio non è munito di motore trasformatore, per cui la corrente

vece come le gottose (accessi dolorosi nell'alluce) la faradizzazione, prolungata per parecchie ore anche per giornate, porta scomparsa di dolore, come io ho constatato.

Nella tachicardia parrosistica, con 200 pulsazioni al minuto, la corrente continua, convenientemente applicata, ha ridotto a 70 le pulsazioni senza ricorrere ai medicamenti (1).

Il pronto intervento dell' elettroterapia.

Tutte le malattie si guidano e si combattono meglio al loro inizio: « *principiis obsta, sero medicina paratur* »: è una massima antica che ha anche la sua conferma nel campo morale.

Nelle affezioni del sistema nervoso si è formato un altro convincimento, cioè, che il soccorso terapeutico non deve essere pronto, come lo è per le altre malattie, ma si deve attendere che passi il periodo acuto.

Raymond (2) consiglia di non fare subito l'applicazione della corrente galvanica nelle emorragie cerebrali;

---

riesce pulsante e più nociva che vantaggiosa per il paziente: una volta si guastò la resistenza e il meccanico, che la riparò, montò la resistenza, invece che in derivazione,. in serie, per cui i pazienti ricevevano delle forti scosse, che dipendevano dall'alto voltaggio di 220 Volts! La conoscenza profonda dell' elettricità, applicata alla medicina, allontanerebbe certi inconvenienti che potrebbero riuscire pericolosi.

(1) Rinvio alle opere speciali di elettroterapia il trattamento delle malattie.

(2) Raymond F., *Maladies du système nerveux*, Paris. Doin, 1889.

nella paralisi del faciale, a frigore, si consiglia di applicare la corrente dopo 10 o 15 giorni dell'accidente, e tutti i trattati ripetono gli stessi consigli.

Io ritengo che l'imperfezione degli apparecchi del passato come pure gli apparecchi moderni troppo economici, che non sono provvisti di strumenti di misura perfetti, ma soltanto di galvanoscopi e che molti mancano perfino degli strumenti di resistenza, abbia contribuito e contribuisca a questa credenza.

Io ho visto purtroppo trattare emorragie cerebrali recentissime con i comuni apparecchi Spamer: certamente il paziente trovavasi molto meglio prima dell'applicazione che dopo! Io ho trattato parecchi casi di paralisi del facciale sin dall'inizio e li ho guariti prima dei 15 giorni, epoca, in cui dovevano presentarsi dal medico per la cura, e, durante il mio assistentato, ebbi occasione di farlo osservare al mio illustre maestro, prof. Sciamanna, il quale ne rimase persuaso: si tratta soltanto di saper convenientemente applicare e dosare la corrente: ora, che possediamo degli strumenti perfetti, coi quali possiamo ridurre la tensione ed il milliamperaggio, riesce anche molto più facile.

PSICHIATRIA

Charpentier. — *Alienazione mentale e criminalità.*

In questo interessantissimo lavoro l'autore studia gli 801 alienati ricoverati d'ordine delle autorità giudiziarie o amministrative nel quinquennio 1905-09, in seguito a reati diversi, ai quali seguì perizia psichiatrica od anche, in primo tempo una condanna.

Mi limito a riportare i dati del lavoro, che l'A. ha catalogato in due serie, da una parte distribuendo i reati nelle varie forme morbose, e dall'altra le varie psicosi in rapporto alla natura dei reati, (è bene ricordare, come avverte l'A., che gran parte dei casi diagnosticati di debolezza mentale con degenerazione sono di demenza precoce, e molti di quelli di indebolimento mentale in adulti sono di paralisi progressiva iniziale; infine molti rei alcoolisti, che ebbero la semi-infermità mentale e non furono internati, o nei quali il trascorso alcoolico passò inosservato, non figurano nella statistica dell'autore).

Nel lavoro si trova una doppia classificazione: i delitti varî disposti secondo le varie forme mentali, e queste ultime in rapporto etiologico dei varî delitti.

Cominciamo con quest'ultima, che esamina e per ciascuna

forma di reato le forme morbose mentali riscontrate: (tengo conto della frequenza maggiore di reati o di forme morbose):

a) ribellione oltraggio agli agenti di pubblica sicurezza: alcoolismo cronico a forma varia 42 casi, degenerazione e debolezza mentale 8, per lo più s'intende demenza precoce, delirio di persecuzione 5, paralisi generale 2, in tutto 60;

b) degradazione di monumenti: alcoolismo 6, in tutto 8;

c) vagabondaggio: alcoolismo 135, degenerazione e debolezza mentale 58, paralisi generale 46, delirio di persecuzione 33, imbecillità 18, demenza senile 15, epilessia 12, melancolia 10, mania 7, indebolimento mentale 5, in tutto 341 casi;

d) omicidio volontario (consumato o tentato): delirio di persecuzione 15, alcoolismo 11, melanconia 3, epilessia 3, paralisi progressiva 2, morfinomania 2, degenerazione con debolezza mentale 2, in tutto 40 casi;

e) minaccie di morte: degenerazione e debolezza mentale 5, alcoolismo 3, delirio di persecuzione 2, in tutto 11 casi;

f) lesioni volontarie: alcoolismo 48, delirio di persecuzione 19, degenerazione e debolezza mentale 12, epilessia 6, mania 4, melanconia 3, in tutto 93 casi;

g) attentati ai costumi e al pudore: alcoolismo 24, degenerazione e debolezza mentale 10, ossessioni ed impulsioni 5, paralisi generale 4, epilessia 2, imbecillità 2, in tutto 48 casi;

h) furti: alcoolismo 69, paralisi generali 49, degenerazione e debolezza mentale 47, indebolimento mentale 8, epilessia 6, tossicomania 5, imbecillità 5, delirio di persecuzione 4, demenza senile 3, melanconia 3, mania 2, in tutto 194 casi;

i) filonterie di alimenti: alcoolismo 5, paralisi generale 3, degenerazione e debolezza mentale 3, delirio di persecuzione 2, in tutto 14 casi;

l) truffe: alcoolismo 9, degenerazione e debolezza mentale 8, paralisi generale 3, delirio di persecuzione 2, in tutto 24 casi;

m) incendio volontario: alcoolismo 4, melanconia 2, in tutto 8 casi;

n) scassinamento: alcoolismo 8, delirio di persecuzione 5, paralisi generale 3, degenerazione e debolezza mentale 3, in tutto 21.

In complesso, i reati commessi con maggior frequenza dagli alienati sono: il vagabondaggio (38,5, 90), il furto (21,8), le lesioni volontarie (10,5), le ribellioni oltraggiose (6,8), gli attentati ai costumi (5,4), l'omicidio volontario (4,5).

Vediamo ora la seconda classifica, inversa, che considera per ciascuna forma mentale i vari reati.

a) mania: vagabondaggio 7, lesioni volontarie 4, furto 2, in tutto 17 casi;

b) melanconia: vagabondaggio 10, omicidio volontario 3, lesioni volontarie 3, furto 3, incendio volontario 2, in tutto 23 casi;

c) delirio di persecuzione: vagabondaggio 33, lesioni volontarie 19, omicidio volontario 15, ribellioni oltraggiose 5, scassinamento 5, minaccie di morte 2, furto 4, in tutto 92 casi;

È da notare come, benchè questi malati non diano il 10,70 dei reati, essi siano alla testa di tutti i gruppi per l'omicidio, e vengano subito dopo gli alcoolisti — tanto più numerosi nel totale — per le lesioni volontarie.

P. Consiglio.

Bielschowky. — *Idiozia amaurotica famigliare infantile tardiva.* — « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk », vol. 5, fasc. 14.

L'A. comunicò alla VII riunione annuale della Società dei Nevrologi Tedeschi dei casi appartenenti alla forma giovanile della idiozia amaurotica famigliare. In questi casi spicca la triade di sintomi caratteristici del quadro morboso: amaurosi, paralisi e idiozia progressiva. Si tratta di tre bambini figli unici di madre e padre sani. V'era ereditarietà epilettica dal lato materno e pa-

terno: uno zio materno fu al manicomio. In tutti e tre i bambini. di già deficienti la malattia incominciò al quarto anno di vita con accessi tipici epilettici. I bambini a poco a poco divengono apatici. perdono la parola, si sporcano e debbono essere nutriti per mancanza di desiderio di cibo. Nel secondo anno di malattia sono profondamente idioti, e in questo periodo si manifestano disturbi oculari fino all'amaurosi. Nel terzo anno di malattia si fanno atassici. I riflessi patellari ed achillei sono vivaci, il Babinski è almeno di tempo in tempo positivo. Verso la fine della malattia i due bambini più grandi cessarono ogni movimento e morirono in profondo marasma; la più piccola per quanto inebetita ed incapace di reggersi, è ancora vivente.

L'A. espone i dati necroscopici ed istologici. In base alle osservazioni non si può dubitare che esistano analogie tra l'idiozia amaurotica famigliare e le affezioni ereditarie cerebellari. Questi dati costituiscono un documento nuovo per la dottrina sostenuta dall'Iendrassick, dall'Higier, dal Nonne e da altri, che le eredoneurosi organiche che si sviluppano per ragioni endogene siano unite le une con le altre da una stretta parentela.

R.

RAECKE. — *Kunstliche Abort und Schwangereschaftpsychose* (Med. Klin., 1912, n. 36).

Le psicosi della gravidanza o hanno genesi tossica, o essa ne è soltanto causa occasionale, o si tratta d'una accidentale complicazione.

Nel primo caso è consigliabile l'interruzione della gravidanza, salvo che nella Chorea gravidarum ove vi è pericolo di sepsi per l'irrequietezza.

Nella psicosi polineuritica, l'interruzione della gravidanza, provoca persino talora un peggioramento.

L'indicazione è in tali casi rappresentata da una eventuale

partecipazione dei muscoli respiratorî e del vago, e da una minacciosa cecità.

Nel secondo gruppo in cui si tratta spesso di follìa maniaco-depressiva, il ricovero manicomiale è necessario: è di evitare anzitutto la concezione e non si può decidere in generale se la interruzione sia consigliabile.

Più basso è il rapporto del terzo gruppo: demenza paralitica ed epilessia genuina, non vengono certo influenzate dalla gravidanza. Nelle follìe gravi, si possono trovare indicazioni all'interruzione della gravidanza, benchè tutti gli autori non sono in ciò d'accordo.

R.

A. Marie (di Villejuif, Paris). — *Etiologia e patogenesi della paralisi generale.*

La paralisi generale è una malattia dovuta alla pullulazione dei treponemi nella corteccia cerebrale e alle lesioni che questa pullulazione determina. La proliferazione dei parassiti sembra procedere per spinte successive; le localizzazioni variano da un caso all'altro, pure essendo più frequenti al livello delle zone anteriori del cervello. V'è una analogia impressionante fra queste spinte trepomiche cerebrali da una parte e la comparsa periodica delle manifestazioni specifiche cutanee e mucose dall'altra. Si potrebbero paragonare questi focolai multipli e successivi a tanti sifilomi della corteccia cerebrale, residuando dopo una sclerosi equivalente all'induramento post-ulceroso. Quando un focolaio parassitario si spegne spontaneamente, dopo aver prodotto delle lesioni indelebili, un altro se ne forma nelle circonvoluzioni ancora intatte; ciò spiega perchè le zone cerebrali macroscopicamente più lese non siano sempre, secondo le osservazioni dell'A., le più ricche in parassiti. Infine sembra probabile che l'ictus apoplettiforme dei paralitici corrisponda a queste invasioni treponemiche

acute, sopra tutto quando esse si localizzano a livello delle zone motrici. Si avrà dunque più fortuna nello svelare il treponema nel cervello dei paralitici che soccombono in un ictus anzi che nei malati che muoiono nell'intervallo di queste invasioni parassitarie acute in seguito a malattie intercorrenti.

R.

Laignel-Lavastine (di Parigi). — *Le demenze dei sifilitici.*

Divide in 4 gruppi le demenze dei sifilitici finora osservate:

1) La paralisi generale, dimostrata sifilitica dall'etiologia dalle reazioni umorali e dall' esame anatomo - patologico, è una demenza da encefalopatia atrofica a tipo infiammatorio meningo-congiuntivo-vascolare.

2) La demenza precoce, sindrome anatomo-clinica d'origine variabile, è una demenza per encefalopatia atrofica a tipo neuro-epiteliare, di cui alcuni casi, come uno riferito dall'A., derivano direttamente dalla sifilide.

3) La demenza con predominio di sintomi a focolaio risponde nei sifilitici sia a grossi rammollimenti per arterite, sia a una encefalomacia con focolai miliari multipli conpolimicro arterite specifica, come in un caso d' afasia totale con demenza studiata dall'Autore.

4) La demenza di tipo senile si caraterizza nei sifilitici per la sua precocità relativa e frequente. È un tipo di demenza per cerebro-sclerosi atrofica.

Riassumendo, ecco qui i 4 principali tipi ai quali l'A. propone di ricondurre le demenze dei sifilitici:

1) il tipo paralitico o infiammatorio meningo-congiuntivo-vascolare;

2) il tipo precoce o atrofico neuro-epiteliale;

3) il tipo a focolaio o encefalomalacico voluminoso o miliare;

4) il tipo senile o cerebro-sclerosi atrofica.

Questi 4 tipi hanno la loro individualità anatomica; ma esistono fra essi delle forme intermedie.

R.

DEJERINE. — *Afasia ed anartria.*

Le denominazioni di afasia motrice e di anartria devono essere conservate. Il termine di anartria sarà riservato ai disturbi vocali per spasmi, paralisi o incoordinazioni, in altri termini ai disturbi che derivano da una cattiva esecuzione degli ordini normalmente emessi dai centri della memoria delle immagini di articolazione e normalmente trasmessi dalle fibre che ne emanano.

Si dirà inoltre che è afasia motrice quando si vorrà designare i disturbi del linguaggio che tengono alla perdita della rappresentazione vocale delle parole o, se questa rappresentazione resta conservata, che resultano dalla perdita del suo ideo-motore.

Le designazioni di afasia motrice vera, o di Broca e di afasia motrice pura possono essere mantenute per designare rispettivamente i casi in cui insieme colla perdita delle immagini motrici di articolazione si trova colpito il linguaggio interno e quello in cui colla conservazione delle immagini, esso si trova rispettato.

Non si devono confondere i disturbi che resultano dall'interessamento diretto dell'intelligenza, con quelli che succedono alla perdita del linguaggio interno.

Anatomicamente l'anartria può essere dovuta a lesioni bullari, a lesioni corticali, ed a lesioni dei fasci cortico-bulbari. L'opercolo rolandico sembra essere il centro corticale la cui lesione, quando è bilaterale, porta all'anartria permanente. Le lesioni centrali che provocano l'anartria sembrano agire per distruzione o irritazione del solo fascio genicolato. L'ufficio intrinseco nel nucleo-lenticolare nella produzione dell'anartria sembra esere interacleo-lenticolare nella produzione dell'anartria sembra essere interamente negativo.

Anatomicamente l'afasia motrice risponde a una lesione della zona anteriore del linguaggio.

Questa comprende certamente il piede della III frontale. È possibile che si debba fare rientrare ancora in questa zona, per ragioni anatomiche e ragioni architettoniche, il capo della terza frontale, il piede della seconda e forse la parte anteriore dell'insula.

I casi di lesione della terza frontale senza afasia sono molto rari e possono interpetrarsi o coll'esistenza effettiva di un' afasia transitoria inosservata, o col fatto che il malato è ambidestro o che è un mancino congenito diventato poi manritto per educazione.

I casi di afasia motrice senza lesioni della terza frontale sono dovuti a che, la terza frontale restando indenne, si può avere una sezione delle fibre sottogiacenti per una lesione sottocorticale.

Quindi, all'infuori di dettagli, resta intera la dottrina dell'afasia quale fu creata da Broca e Wernicke.

PELLACANI G. — *La reazione di Abderhalden in alcune malattie mentali.*

L'autore ha ricercato tale reazione su 58 dementi precoci, su 26 epilettici ed è venuto a queste conclusioni: Gli organi verso i quali cercò la presenza di fermenti disintegrativi nei dementi precoci furono rappresentati da substrati di corteccia cerebrale, cervello, tiroide, testicoli umani ecc. I risultati si debbono considerare negativi riguardo alle conclusioni teoriche o diagnostiche; così nei reperti per l' epilessia ritiene impossibile la diagnosi differenziale sierologica coll' accesso isterico.

I reperti sono dunque del complesso negativi per quanto riguarda la presenza di specifici fermenti nelle forme mentali esaminate, atti a provare le speciali alterazioni corticali cerebrali o

di ghiandole endocrine che si sono supposte a base delle forme stesse. Le ricerche compiute non hanno infatti mostrato una reazione comune (o almeno più frequente dei controlli), che potesse indicare una lesione cui riferire anche soltanto il carattere di più strettamente legata ad una delle forme esaminate; e perciò si sono dimostrate anche incapaci di diagnosi differenziali.

R.

CORBERI G. — *Ricerche sull' ergogramma simultaneo a lavoro mentale in malati di mente, con osservazioni sull'azione dell'alcool.* « Note e Riviste di Psichiatria », aprile-giugno, 1914.

L' A. si è proposto di esaminare come si comportino in certi gruppi di malati e come si modifichino sotto l'influenza dell'alcool, quei fenomeni che il PATRIZI (« Archives ital. de Biologie », 1912 fasc. II), ha descritto nell' ergogramma simultaneo a lavoro mentale col nome di interferenza e di dinamogenia.

Sembra dunque che negli epilettici, negli alcoolisti, nei paralitici, fatte bene inteso le dovute riserve, specialmente in questi ultimi dove un solo caso è stato utilizzato, i fenomeni interferenza e dinamogenia non si comportino in modo fondamentalmente diverso che nei soggetti sani, sia in condizioni normali che sotto l'azione di dosi moderate di alcool. Forse fanno eccezione condizioni particolari transitorie negli epilettici, in alcuni (periodo postaccessuale) può presentarsi sotto l' azione dell' alcool un miglioramento ergografico durante il lavoro mentale, in altri (stato di confusione) un peggioramento rispetto al risultato abituale.

La semeiotica non pare che, almeno per ora, possa giovarsi di questi nuovi fatti rilevati nell' ergogramma.

In quanto al significato fisiologico e psicologico di essi nessun indizio nuovo accenna per la interferenza una genesi differente da quella proposta dal Lehmann: la diminuzione del rendimento ergografico ha per causa il richiamo dell' attenzione dal

lavoro muscolare al lavoro mentale. Nella dinamogenia si è osservato che il fenomeno si fa più chiaro col progredire dell' esercizio; si potrebbe perciò supporre che un certo grado di interferenza si verifichi inizialmente anche nei più tipici soggetti dinamogeni, e che i due fatti possano coesistere. Non sarebbe quindi in alcun modo ammissibile, anche per questa ragione, che nei casi dinamogeni la stessa deviazione dell'attenzione fosse la causa del fenomeno opposto alla interferenza, ma ne avrebbe la necessità di ritenere che le cause dei due fenomeni possano entrare in azione contemporaneamente. Di più si può giudicare che risulti confermato il concetto che la dinamogenia non derivi da un eccitamento centrale notorio; infatti sotto l' azione dell' alcool è frequente la dimostrazione che tale eccitamento esiste e che invece la interferenza si fa più sensibile e la dinamogenia si abbassa.

La interferenza e la dinamogenia sembrano essere dei fenomeni legati a strutture od a funzioni che non subiscono alterazioni sensibili negli stati morbosi che determinano l' epilessia (quella che si può ancora classificare per essenziale), l'alcoolismo, e persino, almeno fino ad un certo punto, la paralisi progressiva.

Il rendimento totale sembra avere un significato pratico più utilizzabile; l' aumento di esso sotto l' azione dell' alcool si verificherebbe più facilmente negli epilettici che negli alcoolisti, ma si riscontra anche in altri stati morbosi. R.

BALLET G. et SALOMON J. — *Un cas d' irritabilitè avec colère pathologique.* Comun. alla « Soc. de Psychiatrie » di Parigi, giugno, 1914.

Un uomo dopo aver subito un forte trauma con commozione cerebrale era divenuto irritabilissimo e sotto l' influenza della collera sentiva svilupparsi una forza fisica immensa irresistibile.

Gli autori non ritengono trattarsi di uno stato maniaco, perchè il soggetto sa dominarsi ed anche restare tranquillo, è cosciente del suo stato e si eccita soltanto nel momento della collera; pensano però che si tratti di un caso di *collera patologica* di delicatissimo apprezzamento per la psichiatria forense qualora dallo stato d'irritabilità venisse determinato qualche atto incriminabile.

Dall'esame del malato fu rilevato un po' di esoftalmo e tremore, per cui si potrebbe anche pensare a un *basedowismo frustro;* ma il Vallon ha ricordato che i gravi traumi al capo possono lasciare mutamenti dei caratteri nel senso di uno stato di *degenerazione morale.*

Ricordiamo a questo proposito alcuni casi illustrati dal professore Agostini di traumatizzati nella regione frontale con susseguenti fatti di criminalità. R.

EULENBURG. — *Kinder-und Jugendselbstmord,* « Abh. a. d. G. f. N. und Geisteskr. », Bd. X, Hft. 6, Marhold, Halle, 1914, dai « Quaderni di Psichiatria ».

Studio statistico su 323 casi di suicidio giovanile, raccolti nel quadriennio 1910-13 riguardanti ragazzi e ragazze al di sotto e fino ai 20 anni di età. Di questi 191 erano maschi, 132 femmine, cioè in proporzione di 1,45 : 1.

Rispetto all' età si trovano i seguenti dati:

al di sotto dei 10 anni	19 casi di cui	12 m.	7 f.
dagli 11-15	113	78 m.	35 f.
dai 16-20	191	101 m.	90 f.
Totale	323	191	132

È curioso il fatto che fino ai 15 anni il contingente dei maschi è notevolmente superiore a quello delle femmine (90 m. su 42 f. = 2,14 : 1); mentre dai 16 ai 20 il contingente delle fem-

lavoro muscolare al lavoro mentale. Nella dinamogenia si è osservato che il fenomeno si fa più chiaro col progredire dell'esercizio; si potrebbe perciò supporre che un certo grado di interferenza si verifichi inizialmente anche nei più tipici soggetti dinamogeni, e che i due fatti possano coesistere. Non sarebbe quindi in alcun modo ammissibile, anche per questa ragione, che nei casi dinamogeni la stessa deviazione dell'attenzione fosse la causa del fenomeno opposto alla interferenza, ma ne avrebbe la necessità di ritenere che le cause dei due fenomeni possano entrare in azione contemporaneamente. Di più si può giudicare che risulti confermato il concetto che la dinamogenia non derivi da un eccitamento centrale-notorio; infatti sotto l'azione dell'alcool è frequente la dimostrazione che tale eccitamento esiste e che invece la interferenza si fa più sensibile e la dinamogenia si abbassa.

La interferenza e la dinamogenia sembrano essere dei fenomeni legati a strutture od a funzioni che non subiscono alterazioni sensibili negli stati morbosi che determinano l'epilessia (quella che si può ancora classificare per essenziale), l'alcoolismo, e persino, almeno fino ad un certo punto, la paralisi progressiva.

Il rendimento totale sembra avere un significato pratico più utilizzabile; l'aumento di esso sotto l'azione dell'alcool si verificherebbe più facilmente negli epilettici che negli alcoolisti, ma si riscontra anche in altri stati morbosi. R.

BALLET G. et SALOMON J. — *Un cas d'irritabilitè avec colère pathologique.* Comun. alla « Soc. de Psychiatrie » di Parigi, giugno, 1914.

Un uomo dopo aver subito un forte trauma con commozione cerebrale era divenuto irritabilisaimo e sotto l'influenza della collera sentiva svilupparsi una forza fisica immensa irresistibile.

Gli autori non ritengono trattarsi di uno stato maniaco, perchè il soggetto sa dominarsi ed anche restare tranquillo, è cosciente del suo stato e si eccita soltanto nel momento della collera; pensano però che si tratti di un caso di *collera patologica* di delicatissimo apprezzamento per la psichiatria forense qualora dallo stato d'irritabilità venisse determinato qualche atto incriminabile.

Dall'esame del malato fu rilevato un po' di esoftalmo e tremore, per cui si potrebbe anche pensare a un *basedowismo frustro;* ma il Vallon ha ricordato che i gravi traumi al capo possono lasciare mutamenti dei caratteri nel senso di uno stato di *degenerazione morale.*

Ricordiamo a questo proposito alcuni casi illustrati dal professore Agostini di traumatizzati nella regione frontale con susseguenti fatti di criminalità. R.

EULENBURG. — *Kinder-und Jugendselbstmord,* « Abh. a. d. G. f. N. und Geisteskr. », Bd. X, Hft. 6, Marhold, Halle, 1914, dai « Quaderni di Psichiatria ».

Studio statistico su 323 casi di suicidio giovanile, raccolti nel quadriennio 1910-13 riguardanti ragazzi e ragazze al di sotto e fino ai 20 anni di età. Di questi 191 erano maschi, 132 femmine, cioè in proporzione di 1,45 : 1.

Rispetto all'età si trovano i seguenti dati:

al di sotto dei 10 anni	19 casi di cui	12 m.	7 f.
dagli 11-15	113	78 m.	35 f.
dai 16-20	191	101 m.	90 f.
Totale	323	191	132

È curioso il fatto che fino ai 15 anni il contingente dei maschi è notevolmente superiore a quello delle femmine (90 m. su 42 f. = 2,14 : 1); mentre dai 16 ai 20 il contingente delle fem-

mine diviene notevolmente maggiore e quasi uguale a quello dei maschi (101 m. su 90 f. = 1,1 : 1).

La ragione di questo fatto si spiega con i motivi determinanti il suicidio. Nei maschi essi sono costituiti sopratutto dal timore del castigo (a scuola o in casa, insuccessi agli esami, odio alla scuola; appena il 14 % per motivi amorosi), e, inversamente nelle femmine, da motivi d'amore, specialmente nel 4° quadriennio di vita: (40-59 %) cui seguono il timore del castigo, le questioni in famiglia, dispiaceri ecc.

Frequente in tutti questi soggetti è la tara neuropatica.

Fra le modalità del suicidio poi, predominano, a enorme maggioranza, nei maschi, l'arma da fuoco (43 %), indi l'avvelenamento (24,6 %), il precipitarsi dalla finestra (20 %).

I suicidi collettivi sono relativamente molto frequenti nei due sessi: (66, 29 m., 37 f.: una volta 4 f. insieme, un'altra 3 m.): le coppie suicide per amore sono 16.

L'A. preconizza, a cura di tanto esempio, l'educazione dei genitori ed il risanamento dello spirito giovanile con l'educazione del senso morale e della volontà. Difende strenuamente il principio che l'adoloscente, lungi dal considerarsi da un certo punto di vista sentimentale-filosofico come un essere irresponsabile perchè tenero ed inesperto, dev'essere trattato alla stregua di un essere cosciente, volitivo, responsabile: e deve venir guidato, sia nella scuola, che nella famiglia, che nella società, da una nozione adeguata e precisa della propria personalità e dei propri doveri sociali e civili.

Questo è il doppio compito della famiglia, dell'educatore, del psicologo.

LEVI-BIANCHINI.

GENIL-PERRIN. — *Un débile automutilateur* « Journal de Neur. », 1914, n. 1.

L'A. presenta un caso di un deficente all' età di 42 anni, il quale all' età di 20 anni, avendo contratto una blenorragia, per togliersi tale incomodo, si recise completamente il membro; ed in seguito per prolasso del retto si tagliò anche questo. Malgrado queste automutilazioni il malato prova dormendo sensazioni genitali accompagnate da emissioni di sperma.

Ricordiamo a questo proposito alcuni casi di *auto-mutilazione* illustrati dal Dott. Benedetti riferentisi a malati ricoverati nel nostro Manicomio e pubblicati nei nostri « Annali ».

R.

BARBONI IGNAZIO. — *Gravidanza, parto, puerperio e malattie mentali* « Il Pisani », 1914, n. 1.

L'A. ha studiato 24 alienate gravide ed ha visto che solo in tre la gravidanza contribuì allo sviluppo della pazzia; ma egli tiene conto del fatto che la malattia si sviluppò nel corso della gravidanza e perciò ritiene poco attendibile qualsiasi influenza non essendo sicuro che il disordine psichico non fosse già latente.

Il parto e il puerperio non portò alcuna alterazione nelle malate. Anche il fatto della funzione di maternità non portò alterazione al decorso della malattia. Viene alle conclusioni che gravidanza, parto e puerperio non esercitano alcuna influenza sulle psicosi croniche, e la malattia mentale non agisce sfavorevolmente sul decorso della gravidanza, del parto e del puerperio.

R.

NEUROPATOLOGIA

NEUROPATOLOGIA

MARBURG. — *Rapporti della glandola pineale cogli organi genitali.*

L'importanza della glandola pineale tra le glandole a secrezione interna, è stata messa in evidenza particolarmente dagli studi di Marburg.

In base ad osservazioni proprie ed all'esame critico dei fatti registrati al riguardo nella letteratura, egli distingue tre forme morbose in rapporto con alterazioni della glandola pineale, cioè: 1) l'ipopinealismo, caratterizzato da abnorme sviluppo del corpo in lunghezza, maturità sessuale precoce, con sviluppo prematuro dei caratteri sessuali primarii e secondarii; 2) l'iperpinealismo, il cui sintomo più spiccato sarebbe l'adiposità; 3) l'apinealismo, non ancora ben definito nella sua sintomatologia, la quale però sarebbe caratterizzata principalmente da una condizione cachettica. Il fatto più notevole e meglio accertato, in riguardo all'importanza funzionale della glandola pineale, è costituito indubbiamente dai rapporti di essa con l'apparecchio sessuale. Questi rapporti sono provati principalmente da osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche. Quanto agli esperimenti di estirpazione della glandola pineale, essi sono estremamente difficili, ed è ben raro che gli animali operati sopravvivono all'intervento. Per provare

sperimentalmente i rapporti tra organi generativi ed ipofisi, Biach ed Hulles si sono avvalsi d'un metodo indiretto, hanno cioè ricercato se e quali alterazioni si determinino nella glandola pineale di giovani ammalati, in seguito alla castrazione. Gli esperimenti sono stati eseguiti sui gatti. Una parte dei piccoli d'una figliata sono stati castrati, gli altri tenuti come controllo. Dopo 7-8 mesi gli uni e gli altri sono stati uccisi, e si è fatto l'esame istologico della glandola pineale. Da tali ricerche è risultato costantemente, che negli animali castrati (maschi o femmine), la glandola pineale presenta spiccatissime alterazioni atrofiche, cioè scarsezza delle caratteristiche cellule parenchimali, e notevoli alterazioni delle cellule medesime. — (Biach ed Hulles, Wiener Klinische Wochenschrift, n. 10, 1912).

R.

II. Roger. — *Il liquido cefalo-rachideo nella meningite tubercolare;* « La province médicale », 5 luglio 1913.

L'A. in un suo studio recente determina le principali caratteristiche del liquido cefalo-rachideo nella meningite tubercolotica. Questi dati son preziosi per la diagnosi di alcune forme anormali di bacillosi meningea, specie nell'adulto, su cui l'A. ha lungamente insistito.

Dal punto di vista fisico il liquido offre abitualmente una certa torpidezza e una leggiera xantocronia; di rado il suo aspetto è apertamente emorragico. La tensione e la densità sono aumentate; la viscosità, il punto crioscopico leggermente abbassati. La permeabilità ai nitrati è particolarmente elevata nel bambino.

L'esame citologico mostra una reazione leucocitaria di intensità variabile, che oltrepassa in media 100 leucociti per mmc. alla cellula di Nageotte, ma che in rari casi, può mancare, almeno all'inizio. La forma è linfocitaria; questa forma non ha il valore diagnostico che le si era attribuito all'inizio della cito-dia-

gnosi cefalo-rachidea. La linfocitosi è frequente in altre meningiti (sifilide, orecchioni, saturnismo) e non è costante nella tubercolosi. Le osservazioni di meningite tubercolotica con reazione polinucleare non si contano più, tanto se questa polinucleosi sia dovuta ad una granulite quanto se essa coincida o coll'inizio o col periodo terminale del processo meningeo o con una infezione associata.

Lu studio biologico fornisce ragguagli ancora più preziosi per la diagnosi. La ricerca degli anticorpi del liquido cefalo-rachideo mediante l'agglutinazione delle culture omogenee non ha dato risultati molto apprezzabili.

La ricerca del bacillo di Koch ci dà risposte più sicure. L'inoculazione nelle cavie è il metodo più sicuro per scoprire il microbo.

Lo studio chimico, ci dà una formola stabilita da Mestrezat, che si verifica nelle osservazioni di Roger. L'albumina è aumentata, ma essa non oltrepassa uno o due grammi nel fanciullo, due o tre grammi nell'adulto, il che contrasta con l'iperalbuminosi considerevole delle meningiti cerebro-spinali e sifilitica.

La proporzione di cloruro di sodio, l'elemento più stabile del liquido cefalo-rachideo ha una grande importanza: essa discende specie nel fanciullo al disotto di 6 grammi, mentre nella meningite cerebro-spinale non s'abbassa al disotto di 6,5.

Da questo studio risulta una formola chimica preziosa per la diagnosi della meningite tubercolotica; ipoclururia molto notevole fra 5 o 6 grammi nel fanciullo al disotto di 6 grammi e 10 nell'adulto, diminuzione notevole delle ceneri a 7 grammi e 6, o al disotto estratto normale iperalbuminosi moderata da 1 o 2 grammi nel fanciullo, da 2 o 3 grammi nell'adulto. Questo esame chimico come l'A. ha potuto riscontrare in molte circostanze differenzia la diagnosi della meningite tubercolotica da quella delle meningiti cerebro-spinali o sifilitiche, dell'uremia nervosa, e della ne-

vrosi. Questa formola chimica deve essere elaborata con processi rigorosamente esatti e con una tecnica minuziosissima. Confrontata con gli altri dati del Laboratorio e della Clinica essa chiarisce un gran numero di diagnosi difficili.

R.

COMPARATO G. — *La eliminazione dell'acido fosforico per le urine nei dementi precoci;* « Il Pisani », vol. XXXII, fasc. 1.

L'A. osserva, come conclusione delle sue ricerche che nella demenza precoce l'eliminazione dell'acido fosforico subisce delle modificazioni, delle quali alcune sono costanti ed inerenti a tutte le fasi della malattia nelle sue svariate sindromi; altre invece sono irregolari e più specialmente appartengono ad alcune delle varietà cliniche con cui si inizii questa proteiforme malattia. Egli inoltre crede di poter concludere che nella demenza precoce l'eliminazione dell'acido fosforico totale è costantemente diminuita.

R.

DUGE. — *Psicosi nella sclerosi multipla;* « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. », vol. 51, fasc. 3-6.

L'A. pubblica un lavoro come contributo alla conoscenza delle psicosi nella sclerosi multipla del cervello e del midollo spinale. Le osservazioni a questo riguardo sono abbastanza scarse: Cruveilhier, Frerichs, Zenìer ed altri pochi autori riferirono dei casi; mentre il Duge ne pubblica un lungo riassunto. Da questo deduce che le affezioni psichiche non sono rare nella sclerosi multipla, però molte volte non si rilevano neppure in confronto al quadro imponente dei disturbi somatici. Non è quindi facile farne una percentuale, che secondo i varî autori oscilla dal 25% al 60%. Con maggior frequenza le psicosi della sclerosi hanno il quadro di quelle dei maniaci, dei paralitici, paranoidi, isterici e forme demenziali più o meno avanzate. Data questa varietà, non è pos-

sibile raccogliere le psicosi della sclerosi in un quadro unico; allo stato attuale non si può decidere se una partecipazione maggiore o minore della psiche permetta di trarre delle deduzioni sulla quantità e sulla sede dei focolai. Mentre il Müller dà una risposta negativa, il Nonne ed il Räcke ritengono che la possibilità non si possa escludere.

Il Duge pubblica poi le storie di quatro casi osservati nella Clinica psichiatrica di Bonn, i quali dimostrano la varietà dei disturbi psichici nella sclerosi multipla, ed altri dieci casi, osservati nell'Ospedale di Amburgo, a contributo della conoscenza della demenza nella sclerosi, la quale sembra si presenti specialmente con una limitazione della capacità della memoria e dell'ordine delle associazioni delle idee.

R.

Margulis. — *Corea cronica progressiva;* «Zeitschr. f. Nervenheilk.», vol. 50, fasc. 5-6.

L'A. pubblica un lugo lavoro su questa malattia e giunge alle seguenti conclusioni:

1) Il quadro clinico della corea cronica progressiva consiste dell'ipercinesi coreica e di alterazioni della psiche. Non furono constatati fenomeni di deficenza da focolaio;

2) Le alterazioni psichiche nella corea cronica sono diverse negli stadi precoci e nei casi avanzati. La differenza è solo quantitativa.

3) Le alterazioni della psiche sono: indebolimento della capacità di percezione, di associazione, della memoria, dell'attenzione, dei processi di confronto e della capacità critica. Da parte delle emozioni: irritabilità, eccitazione, aggressività.

4) Il quadro delle alterazioni psichiche è quello della demenza (Schwachsinn) progressiva organica.

5) Il quadro clinico della corea cronica progressiva, il suo sviluppo, il carattere dell'ipercinesi si differenziano nettamente dalla corea sintomatica.

6) Il processo anatomo-patologico nella corea progressiva consiste principalmente in una proliferazione del tessuto della glia del cervello e in parte anche del cervelletto e del bulbo. Si aggiunge un'atrofia degli elementi parenchimatosi della corteccia, specialmente delle cellule nervose.

L'atrofia dele cellule è completa e colpisce specialmente e anzitutto le cellule della corteccia cerebrale e solo in seguito quelle dei gangli sottocorticali. Oltre all'atrofia delle cellule si constata anche un'atrofia delle fibre tangenziali della corteccia, e in parte anche delle sopraradiali.

7) La corea cronica progressiva è una gliosi cronica degenerativa congenita.

8) L'ipercinesi continua è una risultante della somma di tutti gli stimoli che vengono esercitati sugli elementi parenchimatosi da parte della glia proliferante e vengono proiettati sulla corteccia cerebrale.

La corea cronica progressiva è un'affezione generale di tutto il sistema nervoso centrale e non può affatto essere localizzata in un territorio circoscritto.

R.

EICHELBERG. — *Tumori cerebrali;* « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. », vol. 51, fasc. 3-6.

L'A. in seguito a 43 osservazioni su tumori cerebrali giunge alle seguenti conclusioni:

1) La diagnosi generica di tumore cerebrale si può porre in un periodo relativamente precoce.

2) Per la diagnosi di localizzazione esistono difficoltà in parte ancora molto rilevanti. In moltissimi casi il tumore si può

localizzare esattamente solo quando ha raggiunto una certa grandezza. Nel 70-80% dei casi si può porre una diagnosi locale esatta.

3) Il numero dei tumori cerebrali che possono essere bene localizzati, sono accessibili all'intervento operatorio e possono essere apportati radicalmente, è molto scarso. Secondo l'A. il numero loro si può calcolare al 50% al massimo.

4) Anatomo-patologicamente la maggior parte dei tumori cerebrali sono sarconi e gliomi.

5) Appena si può porre con una certa verosimiglianza una diagnosi locale, e il tumore è accessibile all'operazione, di deve tentare l'asportazione radicale.

6) In tutti gli altri casi si è autorizzati a cercare di ottenere un miglioramento con un trattamento interno (mercurio e iodio). Se durante questo si ha un peggioramento e specialmente se aumenta la pupilla da stasi e rispettivamente diminuisce l'acutezza visiva, si deve procedere alla trapanazione palliativa.

7) Neoformazioni sifilitiche specifiche vanno trattate anzitutto con mercurio e iodio. Nei pochi casi nei quali non si giunge così allo scopo si deve pure procedere all'atto operativo.

R.

LAURELLE. — *Tumori della fossa cerebrale posteriore.*

L'A. parlò al *III Congresso internazionale di neurologia e psichiatria* sulla diagnosi e sulla localizzazione precoce dei tumori della fossa cerebrale posteriore.

L'accesso di vertigine cerebellare va distinto dai disturbi dell'equilibrio e dalla sensazione di poca sicurezza dipendenti da una alterazione delle vie spino-cerebellari.

Il disturbo dell'andatura è massimo nelle lesioni della regione del verme; i disturbi unilaterali dell'andatura depongono per la sede della lesione in una metà del cervelletto e precisamente il paziente oscilla e cade per lo più verso il lato dal quale si trova il focolaio morboso.

5) Il quadro clinico della corea cronica progressiva, il suo sviluppo, il carattere dell'ipercinesi si differenziano nettamente dalla corea sintomatica.

6) Il processo anatomo-patologico nella corea progressiva consiste principalmente in una proliferazione del tessuto della glia del cervello e in parte anche del cervelletto e del bulbo. Si aggiunge un'atrofia degli elementi parenchimatosi della corteccia, specialmente delle cellule nervose.

L'atrofia dele cellule è completa e colpisce specialmente e anzitutto le cellule della corteccia cerebrale e solo in seguito quelle dei gangli sottocorticali. Oltre all'atrofia delle cellule si constata anche un'atrofia delle fibre tangenziali della corteccia, e in parte anche delle sopraradiali.

7) La corea cronica progressiva è una gliosi cronica degenerativa congenita.

8) L'ipercinesi continua è una risultante della somma di tutti gli stimoli che vengono esercitati sugli elementi parenchimatosi da parte della glia proliferante e vengono proiettati sulla corteccia cerebrale.

La corea cronica progressiva è un'affezione generale di tutto il sistema nervoso centrale e non può affatto essere localizzata in un territorio circoscritto.

R.

EICHELBERG. — *Tumori cerebrali;* « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. », vol. 51, fasc. 3-6.

L'A. in seguito a 43 osservazioni su tumori cerebrali giunge alle seguenti conclusioni:

1) La diagnosi generica di tumore cerebrale si può porre in un periodo relativamente precoce.

2) Per la diagnosi di localizzazione esistono difficoltà in parte ancora molto rilevanti. In moltissimi casi il tumore si può

localizzare esattamente solo quando ha raggiunto una certa grandezza. Nel 70-80% dei casi si può porre una diagnosi locale esatta.

3) Il numero dei tumori cerebrali che possono essere bene localizzati, sono accessibili all'intervento operatorio e possono essere apportati radicalmente, è molto scarso. Secondo l'A. il numero loro si può calcolare al 50% al massimo.

4) Anatomo-patologicamente la maggior parte dei tumori cerebrali sono sarconi e gliomi.

5) Appena si può porre con una certa verosimiglianza una diagnosi locale, e il tumore è accessibile all'operazione, di deve tentare l'asportazione radicale.

6) In tutti gli altri casi si è autorizzati a cercare di ottenere un miglioramento con un trattamento interno (mercurio e iodio). Se durante questo si ha un peggioramento e specialmente se aumenta la pupilla da stasi e rispettivamente diminuisce l'acutezza visiva, si deve procedere alla trapanazione palliativa.

7) Neoformazioni sifilitiche specifiche vanno trattate anzitutto con mercurio e iodio. Nei pochi casi nei quali non si giunge così allo scopo si deve pure procedere all'atto operativo.

R.

LAURELLE. — *Tumori della fossa cerebrale posteriore.*

L'A. parlò al *III Congresso internazionale di neurologia e psichiatria* sulla diagnosi e sulla localizzazione precoce dei tumori della fossa cerebrale posteriore.

L'accesso di vertigine cerebellare va distinto dai disturbi dell'equilibrio e dalla sensazione di poca sicurezza dipendenti da una alterazione delle vie spino-cerebellari.

Il disturbo dell'andatura è massimo nelle lesioni della regione del verme; i disturbi unilaterali dell'andatura depongono per la sede della lesione in una metà del cervelletto e precisamente il paziente oscilla e cade per lo più verso il lato dal quale si trova il focolaio morboso.

I riflessi tendinei possono essere aumentati, diminuiti o soppressi. Sono importanti, quando esistono, le posizioni coatte del capo e del tronco. Il sintoma oculo-motorio più importante nelle lesioni del cervelletto è il nistagno spontaneo, il quale compare o si accentua quando il paziente guarda verso il lato del focolaio. I disturbi dell'andatura possono comparire anche come manifestazioni di stasi analogamente alla papilla da stasi, come conseguenza dell'impedito deflusso della vena uditiva interna.

L'A. descrive infine i sintomi studiati recentemente dal Barany dell' apparecchio vesibolare e la sindrome del Barany: cefalea retroauricolare, dolorabilità alla pressione dell'apofisi mastoide, vertigine, ronzìo agli orecchi, sordità.

R.

König. — *Prognosi del morfinismo;* « Beel. Klin. Woch. », 1914, n. 23.

L'A. rileva che vanno distinte le probabilità, circa il prognostico, riguardo alla sottrazione immediata e riguardo alla recidiva. Il prognostico riguardante la sottrazione può sempre ritenersi favorevole, mentre riservata deve essere circa la recidività.

Espone le idee dei varî autori e passa a considerare l'individualità dei malati, che egli divide in 3 gruppi:

1) Ammalati con affezioni croniche dolorose;

2) Ammalati che ricorsero alla morfina per un'affezione dolorosa acuta;

3) Ammalati che ricorsero alla morfina per combattere stati psichici spiacevoli ed ottenere il sonno.

La prognosi è favorevole solo per il secondo gruppo. Dopo quanto tempo il morfinomane può considerarsi guarito? Varie sono le opinioni, poichè la recidiva si può avere anche dopo molti anni. Praticamente possiamo ritenere guarito un individuo dopo pas-

sato un certo tempo, poichè in seguito la recidiva può considerarsi come in persona sana. È difficile dire quanti malati sieno durevolmente guariti; in ogni modo il numero è scarso. Il Kraëpelin ritiene non più del 6-8% : il König giunge ad una cifra di poco superiore.

R.

MARIE e FOIX. — *Sui fenomeni di aprassia;* « Revue neurol. », n. 4, 1914.

Gli AA. riferiscono su due casi con fenomeni di aprassia ideativa e dei sintomi di afasia di Wernicke. Nel primo l'afasia si accompagnava ad emianopsia ed era seguita da un ictus apoplettico. Alla autopsia si trovò una lesione subcorticale che distruggeva la sostanza bianca sottostante alla parte posteriore della regione di Wernicke, penetrante profondamente nel lobo temporale, distruggente la prima circonvoluzione temporale e parte della seconda, con interessamento delle fibre callose posteriori. Nel secondo i fenomeni si erano aggravati. All'autopsia si rinvenne una lesione molto limitata e quasi circolare nella parte postero-superiore del lobo parietale sinistro sotto la regione di Wernicke, interessante anche in parte il lobo temporale.

Gli AA. fanno rilevare come l'associazione dei sintomi clinici (afasia di Wernicke, fenomeni di aprassia ideativa, assenza d'emiplessia, frequente emianopsia) costituisca una sindrome interessante che spesso si presenta in casi di lesione del lobo parietale sinistro.

R.

NIESSL e MAJENDORF. — *I compensi nell' afasia;* « Deut. med. woch. », n. 28, 1914.

L'A. riferisce su due casi di afasia motrice, i quali presentano notevoli difficoltà d'interpretazione. Nel primo caso il disturbo della parola e la paralisi del braccio destro in poche settimane

si erano ridotte ad uno stato rudimentario, sebbene avesse subìto un ampio rammollimento della maggior parte del lobo della plica curva e fosse stato leso tanto lo strato corticale che il midollare. Come in tale caso il cervello aveva potuto reintegrarsi così rapidamente? Si poteva spiegare solo con la sostituzione funzionale dell'altra metà del cervello. L'A. spiega questa supposizione con dati di fatto.

Il secondo caso si riferisce ad una afasia motrice in cardiaco dovuta ad embolia della silviana; v'era paresi destra, la quale scompariva rapidamente, mentre permaneva una agrafia costante in tutte le sue forme. Alla necroscopia si trovava nell'emisfero sinistro un colossale rammollimento, che occupava tutta la parte posteriore del lobo temporale, parietale, occipitale.

Inoltre esisteva una placca gialla nella circonvoluzione centrale posteriore ed in un terzo nella parte posteriore dell'insula. L'afasia motrice in questo caso si spiega con una lesione dell'opercolo rolandico e della fessura della capsula interna; l'integrità del centro uditivo della parola dipendeva dall'integrità della porzione anteriore della temporale trasversa, la comprensione della scrittura dalla integrità delle irradiazioni visive.

R.

Righetti. — *Sulla sintomatologia delle lesioni del nucleo lenticolare;* (IV Congresso della Soc. Ital. di Neur., Firenze, 1914).

L'A. viene dalla sua relazione alle seguenti conclusioni:

1) Allo stato attuale delle nostre conoscenze non si può negare che lesioni *pure* del nucleo lenticolare diano luogo a disturbi, i quali sono da imputarsi non a lesione indiretta delle formazioni circostanti al nucleo, ma a lesione diretta delle cellule del nucleo medesimo e delle fibre, che con queste cellule contraggono intimi rapporti.

2) I più comuni di questi disturbi sono a carico della mo-

tilità e consistono in paresi della muscolatura con o senza spasmi. Esistono grandi varietà circa il grado di compartecipazione dell'elemento spastico alla paresi, e possono prodursi anche spasmi senza paresi.

3) Meno frequenti dei disturbi motori spasmo-paralitici sono quelli irritativi. Il più comune di questi disturbi è il tremore. Molto frequenti sono i movimenti coreici e atetosici. Tutti questi disturbi sogliono accompagnare quelli paralitici, ma possono esistere anche isolati.

4) Disturbi dela sensibilità, del trofismo e vasomotori possono far parte della sintomatologia delle lesioni pure del lenticolare, associati a quelli paralitici motorî. Abbastanza frequenti sono i disturbi della sensibilità obbiettivi; assai più rari quelli subbiettivi, tra i quali va segnalato quello che va sotto il nome di pseudomelie parestesica. Rari pure sono: disturbi vasomotori e trofici. Per la produzione di questi ultimi non è condizione necessaria la presenza di disturbi sensitivi, per lo meno gravi.

5) È accertato che per lesioni *pure* del lenticolare (non coinvolgenti cioè il fascio genicolato della capsula interna) si possono avere disturbi del linguaggio articolato, consistenti in disartrie, che possono arrivare fino all'anartria assoluta. Questa si osserva soltanto in casi di lesioni bilaterali; si può avere invece disartria duratura anche per lesioni unilaterali, nè in tal caso è necessario che la lesione risieda a sinistra nei destrimani.

6) Non è altrettanto sicuro che per lesioni pure del lenticolare si possa avere afasia motoria.

7) Del pari non è dimostrato che lesioni pure diano luogo a disturbi della mimica emotiva (riso e pianto spastico).

8) In generale non esiste un parallelismo rigoroso tra lesioni e sintomi, nel senso che non sempre a lesioni bilaterali corrispondono disturbi del pari bilaterali, nè a lesioni unilaterali corrispondono sempre disturbi localizzati in una sola metà del

corpo. Inoltre non sempre a distruzioni più estese corrispondono disturbi più gravi.

9) Allo stato attuale delle nostre conoscenze è possibile diagnosticare *intra vitam* una lesione a focolaio di una certa entità del lenticolare, è impossibile peraltro spingere l'esattezza della diagnosi locale al punto da precisare se la lesione interessi determinate porzioni del nucleo, considerando questo idealmente diviso in un segmento anteriore, in un segmento medio ed in uno posteriore, poichè i medesimi disturbi, sia isolati, sia combinati, sono stati riscontrati in casi di lesioni localizzate in ciascuno di questi tre segmenti. Del pari è impossibile differenziare i sintomi dati dalle lesioni del *putamen*, da quelli prodotti da lesioni del *globus pallidus*. È prematuro pertanto il tentativo di una localizzazione o topografia segmentaria del lenticolare. Prematuro è del pari il tentativo di elevare il complesso di disturbi consecutivi a lesioni del nucleo in parola alla dignità di sindrome, se sotto questa denominazione deve intendersi una entità clinica univoca.

R.

ZALLA. — *Le secrezioni interne in rapporto con le malattie nervose e mentali;* (IV Congresso della Soc. Ital. di Neur., Firenze, aprile, 1914).

L'A. dalla relazione su questo argomento viene alle seguenti conclusioni:

Lo studio dei rapporti tra secrezioni interne e perturbazioni nervose e mentali è tra i più complessi della patologia, specie per chi voglia risalire dalla osservazione analitica dei fatti ad una loro interpretazione sintetica.

La Clinica, la Patologia sperimentale, l'Anatomia patologica, ultimamente anche la Sierologia hanno contribuito a dimostrare o più spesso a fare intuire l'importanza delle ghiandole endocrine nella patologia nervosa e mentale. Si capisce che una netta demar-

cazione tra i fatti, che le varie discipline hanno contribuito a mettere in evidenza, non è opportuna nè possibile.

Tra le questioni generali, che si collegano a tale studio, merita di essere particolarmente ricordata quella che riguarda i rapporti tra le ghiandole endocrine e sistema nervoso viscerale.

L'osservazione clinica deve rivolgersi da un lato allo studio dei disturbi nervosi e mentali negli individui affetti da malattie sicuramente determinate da alterazioni di ghiandole a secrezione interna; dall'altro allo studio dei sintomi eventualmente riferibili a siffatte alterazioni negli individui affetti da malattie nervose e mentali di patogenesi finora oscura.

Sebbene non sia in genere possibile sceverare l'influenza di ogni singola ghiandola endocrina, date le intime correlazioni funzionali, da cui esse sono collegate, pure dalla prima serie di indagini siamo autorizzati di affermare che massima è l'importanza della ghiandola tiroide pel normale sviluppo e pel retto funzionamento del sistema nervoso centrale; mentre per ciò che riguarda le altre ghiandole a secrezione interna esistono tuttora in proposito incertezze più o meno notevoli e più o meno gravi difficoltà d'interpretazione. Ciò che non diminuisce il valore dei molti documenti clinici raccolti, ma consiglia una prudente riserva nelle conclusioni.

Lo studio critico dei risultati della seconda specie d'indagini cliniche non autorizza finora, almeno per quanto si riferisce alle malattie mentali, ad affermare per alcuna di esse una patogenesi endocrina; in modo speciale ciò deve essere detto per certe varietà della demenza precoce e per le psicosi affettive, nelle quali il fattore endocrino è stato più spesso invocato.

Le ricerche anatomo patologiche hanno dimostrato la frequente esistenza di più o meno accentuate alterazioni a carico delle diverse ghiandole a secrezione interna in varie malattie nervose e mentali; in genere non si tratta però di alterazioni costanti e

caratteristiche, e quasi sempre è impossibile stabilire se in realtà spetti ad esse un significato patogenico per la malattia fondamentale. È lecito in ogni modo supporre che esse contribuiscano almeno ad arricchirne e ad aggravarne la sintomatologia.

La sierologia, con la recente scoperta dei metodi di Abderhalden, ha aperto nuovi orizzonti anche allo studio delle malattie nervose e mentali, e in modo speciale dell'argomento trattato in questa relazione: è certo per altro che la importanza dei risultati finora ottenuti è stata, specie per opera di alcuni autori tedeschi, di molto esagerata. La tecnica dei metodi di Abderhalden è finora piena di cause di errore, alcune delle quali forse inevitabili; e d'altra parte, anche prescindendo da questa considerazione, i risultati ottenuti non permettono conclusioni sicure circa la patogenesi delle malattie studiate.

Malgrado tutte queste incertezze, che la critica spassionata ha il dovere di mettere in luce, i fatti e le intuizioni sono tali da incoraggiare ad uno studio intenso, cui tutte le discipline biologiche debbono portare il loro contributo, sul significato delle secrezioni interne nella patologia nervosa e mentale.

R.

DUPRÈ e HEUYER. — *Corea cronica intermittente;* « Société de Neurology », 2 aprile 1914.

Riferiscono sopra un caso di corea cronica in un uomo di 65 anni, la quale essendosi iniziata all'età di 7 anni sotto forma di una corea del Sydenham si protrasse fino all'età avanzata.

Il caso si distingue dagli altri per la sua intermittenza: durante i periodi intervallari il paziente godeva perfetta salute. All'esame istologico e anatomico assenza di lesioni meningee e di alterazione cerebellare e piramidale; assenza dal lato anamnestico e clinico di eredità similare, di disturbi psichici, di degenerazione fisica e mentale. Per questi caratteri il caso non può in-

scriversi nè alla corea cronica di Huntington, nè alla corea di Brissaud o dei degenerati, nè alla corea persistente di Claude.

Si avvicinerebbe più alle osservazioni di Chauffard e di Ribierre concernenti individui divenuti tardivamente dei coreici, dopo avere presentato nell'infanzia la corea del Sydenham, ma se ne distingue per le numerose recidive, per l'assenza di turbe psichiche, in un uomo arterosclerotico e coreico cronico da nove anni.

Per la recidiva è da rilevare le emozioni: queste infatti possono causare lo scoppio del male, come possono provocare le paralisi agitante, i tremori, le manifestazioni fisico-neurosiche, essendo l'emozione uno degli agenti etiologici più potenti della patologia nervosa e mentale.

Di fronte a questo si può considerare la corea come manifestazione di un modo particolare di squilibrio motorio costituzionale, prodotto da varî momenti etiologici: infezioni, intossicazioni, emozioni, traumi, climaterio.

Così l'A. ammette tra le forme coreiche un tipo evolutivo speciale e indipendente le lesioni nervose rilevabili: questa è la corea cronica intermittente.

R.

DOTT. RATHERY. — *La sindrome cerebellosa;* (Lezione, riassunto).

Presentemente si arriva a diagnosticare una lesione del cervelletto, benchè con qualche difficoltà, giacchè la fisiologia di quest'organo non è ancora molto ben conosciuta. Per arrivarci bisogna ricordarsi necessariamente dell'anatomia del cervelletto e dei peduncoli.

Il cervelletto è un organo unito intimamente a tutto il sistema cerebro-spinale.

Il medesimo rappresenta un apparato destinato all'adattamento del movimento verso uno scopo determinato, alla coordinazione di questi movimenti.

Si conosce l'esperienza di Flourens concernente l'animale privato del cervello; il piccione senza cervello ha perduto la facoltà dei movimenti spontanei, ha conservato i movimenti riflessi. Invece, l'ablazione del cervelletto produce un disturbo profondo nei movimenti coordinati.

Luciani ammette che il cervelletto ha tre proprietà:

1) Una funzione statica d'equilibrio: la coordinazione muscolare; se questa manca è l'astasia;

2) Un'azione stenica sul muscolo: il suo disturbo apporta l'astenia;

3) Un'azione tonica-muscolare: la sua assenza provoca l'atonia.

Il cervelletto agisce sull'emisfero cerebrale opposto e sul midollo spinale del medesimo lato.

L'ablazione del cervelletto determina alcuni sintomi:

Bisogna distinguere dei sintomi immediati, secondari e lontani.

Se si pratica l'ablazione unilaterale, si constatano dei disturbi di decoordinazione dei movimenti e l'animale cade dal lato in cui risiede la lesione. Oltre di che volge la testa (deviazione coniugata degli occhi).

Nell'ablazione bilaterale, vi è un riversamento della testa indietro ed andatura titubante.

Nell'ablazione del verme i fenomeni sono gli stessi che nell'ablazione bilaterale.

Sintomi d'una lesione cerebellosa.

Sono di due specie:

A) Sintomi dipendenti da un disturbo propriamente cerebellare: sindrome cerebellare propriamente detta;

B) Sintomi dipendenti dall'esistenza di fenomeni di compressione generale o di parti nervose vicine;

A) La sindrome cerebellare è caratterizzata dal fatto che il cervelletto ha una funzione di cordinazione ed è costituita da due grandi segni: titubanza, asinergia.

a) La titubanza cerebellare è stata descritta da Duchenne de Boulogne: vi è mancanza d'associazione dei diversi movimenti muscolari, donde allontanamento della base di sostentamento delle gambe per abduzione forte del membro del lato in cui risiede la lesione.

Il malato oscilla e cade dal lato leso.

Se il malato cammina, si vede che va di lato come il fanciullo che apprende a camminare. L'andatura è incerta e a strascico. È anche l'andatura degli uomini ubbriachi.

L'individuo seduto è obbligato per tenersi sulla sedia di sorreggersi coi membri superiori, altrimenti cade.

Questi caratteri sono ricavati specialmente dall'esame del malato nella regione dei membri inferiori.

A livello dei membri superiori, la scrittura è irregolare e disturbata.

Infine si constatano dei disturbi della parola, che è scandita. Questa titubanza cerebellare non è costante.

b) Più costante è l'asinergia cerebellare, studiata da Babinsky: quando l'individuo vuol fare un movimento bisogna che una contrazione simultanea dei muscoli si faccia per uno scopo dato. Il cerebelloso decompone i movimenti nei loro differenti tempi.

Grande asinergia. — Il malato non può camminare.

Nei cerebellosi, il malato si muove nella marcia, ma il tronco resta indietro. Se lo spinge, la marcia continua (molto raro).

Piccola asinergia. — Come scoprirla?

I. - Serie di manovre (esercizi alla Babinsky). — *a*) malato coricato: domandargli di sedersi incrociando le due braccia sul

petto. Non contrarrà i suoi glutei, non contrarrà che il suo psoas e non arriverà che ad una flessione di membro inferiore.

b) Malato seduto: dirgli di toccare la mano piazzata ad una distanza 0, m. 60 col suo piede. Il cerebelloso decomporrà questi movimenti: flessione della coscia poi lanciamento della gamba d'un modo incoordinato.

Y. Malato in piedi: dirgli di mettere le mani sul dorso d'una sedia e poggiare il ginocchio sulla sedia. Il cerebelloso piega la coscia sul bacino, poi lancia la gamba ed urta la sedia col ginocchio.

Se gli si dice di piegarsi indietro, non flette che la testa, poi, come non può flettere la sua coscia, cade indietro.

II. - I movimenti sono smisurati.

III. - *Adiadococinesia.* — Impossibilità del cerebelloso di fare una serie di movimenti successivi.

IV. - *Catalepsi cerebellosa.* — Possibilità del cerebelloso di conservare delle attitudini fisse molto più a lungo dell'uomo normale.

Questi quattro sintomi posono essere cronici o bilaterali, secondo che la cessione stessa ha sede in uno o nei due lobi simultaneamente nel cervelletto.

Segni accessorii. — Attitudini forzate. Il cerebelloso presenta spesso un riversamento della testa indietro.

Astenia.

Movimenti involontari: di propulsione dal lato della lesione, di movimenti coeriformi.

Tremore nystaginus.

B) ***Sintomi comuni ad ogni tumore cerebrale*** (ipertensione intracranica):

La molto intensa, localizzata in un punto, sotto-occipitale.

La vertigine è molto forte, sia vertigine con caduta o senza caduta.

Si osservano anche dei vomiti, delle crisi epilettiforme, edema della pupilla.

Sintomi dipendenti dalla compressione nervosa:

Fenomeni di paralisi. L'emiplegia sopravviene quando la lesione raggiunge la pretuberanza.

La paralisi del motore oculare è possibile. Similmente la paralisi dell'acustico, del facciale.

Quali sono le lesioni del cervelletto?

1) Nel corso delle *malattie infettive* acute o di intossicazioni. La vertigine delle febbre tifoide al principio può dipendere da una localizzazione del bacillo di Eberth.

L'ubbriachezza può essere una localizzazione parziale.

L'intossicazione alimentare.

L'auto-intossicazione: uremia.

2) *Malattie nervose.* — Paralisi generale, tabe dorsale.

Emorragie o rammollimento cerebrale. Atrofia del cervelletto del lato opposto dell'emorragia.

3) Affezioni del cervelletto.

a) Acute. Emorragie, ramollimento (molto raro), ascesso, I sintomi dell'emorragia riproducono raramente la sindrome cerebellosa.

L'accesso cerebelloso si riscontra nel corso dell'otite, quando il pus passa sulla faccia posteriore, ascesso del cervello.

Vertigine, titubanza e fenomeni di asinergia.

Ha sede spesso sulla faccia anteriore.

b) Croniche, 2 classi:

1) Sintomo cerebelloso puro, per esempio nell'atrofia clinopontocerebellosa descritta da Dejerine e Thomas.

2) Sintomo associato: nella sclerosi a piastre: nystagmus, asinergia.

Vi è la localizzazione dell'affezione al livello del cervelletto.

Eredo-atassia cerebellosa: all'età di 20 anni: sintomi d'insufficienza cerebellosa.

Paralisi oculari.

Paresie. — Rinforzamento dei riflessi tendinei.

Può domandarsi se non si tratta della malattia di Friedreich, ma quest'ultima comincia molto più presto e presenta un'abolizione dei riflessi.

Tumori del cervelletto:

La sindrome è meno pura perchè vi sono dei sintomi dovuti all'ipertensione generale. Se non fa però la diagnosi colla associazione dei fenomeni d'ipertensione e di localizzazione.

In primo luogo, quattro grandi sintomi.

Cefalalgia sotto-occipitale violentissima.

Attitudini forzate nette.

Fenomeni di titubanza e di asinergia. Vertigini.

Due altri caratteri: principio lento e insidioso.

Frequentemente il malato muore subitaneamente.

Sotto il riguardo anatomico, i tumori sono di origine tubercolosa o sifilitica, spesso un glioma.

Sono stati operati degli ammalati che sono guariti.

Il più delle volte, l'ascesso è operabile.

La puntura lombare arresta i fenomeni di compressione, ma vi è pericolo di morte per compressione del bulbo da parte dell'amigdala cerebellosa. Non si arriva a rimediare ai fenomeni d'insufficienza cerebellosa.

R.

PROF. C. NEGRO. — *Patologia e clinica del sistema nervoso.*

È l'esposizione delle lezioni dettate dal prof. Negro dalla Cattedra di neuropatologia della R. Università di Torino nell'anno scolastico 1910-1911.

È un'opera essenzialmente pratica e didattica. Alle dimostrazioni semeiologiche si alternano le discussioni cliniche, i richiami di anatomia e di fisiopatologia e le citazioni bibliografiche. Vi si trovano inoltre, molto frequentemente, dati di semeiologia di acquisizione personale dell'autore, risultati di ricerche proprie e sue particolari vedute nel campo fisio-patologico e clinico del sistema nervoso.

All'alto pregio scientifico del libro si aggiunge la precisione e la chiarezza dell'esposizione che insieme alle molte e nitide figure che rendono a tutti gradevole la lettura e facile la comprensione.

R.

Paralisi del trigemino nella tabe dorsale.

Il dott. Lubbers, assistente nella Clinica medica di Amsterdam diretta da Pel, rileva (Bell. Klin. Woch., 1913, n. 36) che fra i numerosi sintomi della tabe le paralisi dei nervi cerebrali hanno una parte limitata, quando si prescinda dalle paralisi dei muscoli oculari.

La paralisi del trigemino motorio sembra appartenere alle maggiori rarità. Nel 1905, ne comunicò un caso Pierr Marie, il quale dice che essa è del tutto eccezionale nei tabetici e che non se ne conoscono che due casi che ne furono segnalati uno dallo Schultze ed uno da Chvostek.

Più tardi, nel 1909 fu comunicato ancora un caso dal Berger e dal Marburg.

Per questa rarità della forma morbosa il Lubbers fu consigliato dal Pel a pubblicare la storia clinica di una donna di 39 anni, affetta da tabe dorsale con paralisi tanto motoria che sensitiva del trigemino sinistro e con anestesia nel campo del primo ramo del trigemino destro.

Nel caso del Marie, oltre alla paralisi del trigemino sinistro,

esisteva anche una paralisi del secondo, del terzo, del quarto e del sesto paio di nervi cerebrali.

Il Marie opina che la lesione di questi cinque nervi successivi dovesse attribuirsi a meningite.

Nel caso di Berger e Marburg, giunto all'autopsia, fu trovata una distruzione nucleare.

Una lesione analoga si può plausibilmente ammettere nel caso della Clinica di Amsterdam.

L'insorgenza lenta della affezione del trigemino, senza dolori, deporrebbe infatti per un'atrofia tabetica del trigemino.

R.

L'ineguaglianza pupillare nel decorso dell'emiplegia cerebrale.

L'ineguaglianza pupillare non è un sintoma costante nell'emiplegia cerebrale, poichè non si nota che nel 40% dei casi, ma merita tuttavia, secondo Klippel e Weil, di essere presa in considerazione perchè può avere spesso un valore diagnostico e qualche volta anche prognostico.

Esiste difatti un certo numero di casi di emiplegici in cui la ineguaglianza è marcata e permanente, dovuta, durante il coma, a restringimento della pupilla dal lato opposto della lesione e quindi dal lato della paralisi, e successivamente, quando il malato è uscito dal coma, alla sua dilatazione. In altri termini: negli emiplegici comatosi la pupilla più larga trovasi dallo stesso lato della lesione cerebrale, cioè dal lato opposto alla paralisi; negli emiplegici non comatosi la pupilla più larga trovasi dal lato della paralisi. Durante il coma il restringimento sarebbe provocato dalla inibizione dell'emisfero leso, richiamando quando avviene nel decorso di coma di altra natura; fuori del coma, la dilatazione sarebbe dovuta alla irritazione dello stesso emisfero, conformemente a quanto si verifica negli esperimenti di laboratorio.

Questi fatti d'interesse principalmente fisio-patologico hanno

anche un valore pratico, sia in quanto la constatazione di un'eguaglianza pupillare in soggetto comatoso deve far pensare ad un'emorragia, sia in quanto essa permette d'affermare la natura organica di un'epilessia e infirmare la diagnosi di forma isterica. Lo stato di dilatazione o di ristringimento inoltre della pupilla del lato opposto della lesione può in qualche modo deporre sulla misura con cui l'emisfero malato è capace di reagire ai processi irritativi ed aver quindi un certo valore prognostico.

GUERRA COPPIOLI.

DOTT. P. CIUFFINI. — *Studio clinico ed anatomo-patologico sulla demenza paralitica post-tabem.*

L'A. ha compiuto il suo studio, prendendo in considerazione 52 storie cliniche, 19 delle quali corredate del relativo reperto microscopico, di pazienti affetti da demenza paralitica, consecutiva a tabe dorsale.

Egli viene a queste conclusioni: la preponderanza dell'unione delle due malattie nell'uomo è molto considerevole, giacchè quasi il 90% dei colpiti appartengono al sesso maschile. La frequenza inoltre aumenta progressivamente fino ad un massimo, che vi verifica fra 40-45 anni; da questa epoca è gradualmente minore fino ad essere minima tra 60-65; non vide casi di demenza paralitica post tabem dopo i 65 anni, nè prima dei 30.

Se si considera la professione dei tabici che diventano paralitici, si osserva come il numero maggiore spetti agli operai, i quali rappresentano circa un terzo dei colpiti. Le influenze ereditarie, che è forse possibile ammettere in più della metà dei casi, devono certamente avere una qualche importanza nella genesi dei due stati morbosi.

Se si considerano altri fattori etiologici, e innanzi tutto la lue, si osserva come essa si riscontri con maggior frequenza ne-

luce, si osserva come essa si riscontri con maggior frequenza negli antecedenti del malato: o da sola, od unita all'alcool, o coll'alcool e con forti traumi al capo, l'infezione luetica esisterebbe in più della metà dei casi.

L'A. ha osservato che al minimo decorsero 7 anni ed al massimo 29, con una media di 14 anni, prima che alla sifilide facesse seguito la tabe dorsale; e ripetendo gli stessi calcoli per lo sviluppo della demenza paralitica consecutiva alla tabe, ebbe come minimo 8 anni, come massimo 34, con una cifra media di 19 anni. Come media di durata del periodo tabico pre-paralitico può fissarsi 5-6 anni. Non ha riscontrato una maggior frequenza, una maggiore facilità delle forme di tabe superiori a complicarsi colla demenza paralitica, come era forse lecito pensare; tuttavia nel momento, in cui fu fatta la diagnosi di paralisi progressiva, in genere poco tempo dopo il suo stabilirsi, predominano fortemente le forme miste. Dopo l'inizio dei sintomi mentali, i dolori sono del tutto cessati, od almeno moltissimo diminuiti. A volte la demenza paralitica nel corso dela tabe si iniziò con attacchi apoplettiformi, od epilettiformi (13,46% dei casi); se si considerano anche i casi, in cui essi comparvero durante l'evoluzione della demenza paralitica, la proporzione sale al 24%.

Solo in tre casi l'A. notò nel principio della tabe parecchi anni prima dell'inizio della paralisi, transitori attacchi emiplegici.

Trovò, inoltre, questa scala decrescente di frequenza di alcuni sintomi: paresi del VII, atrofia dell'ottico, paralisi degli oculomotori, diminuzione della funzione dell'VIII, del 1, del IX, presenza di parestesie in varie sedi del corpo; solo in due casi constatò l'esistenza di artropatie. Predomina notevolmente la forma espansiva di demenza paralitica, meno frequente di tutte è la forma ipocondriaco-melanconica. Uno stato irritativo non è da principio raro, riscontrandosi in un terzo circa delle osservazioni.

L'A. vide casi nei quali la demenza paralitica post tabem ebbe un decorso brevissimo, di pochi mesi, essendo rapidamente sopraggiunta la morte; come massimo di durata si ebbero 4 anni e 3 mesi, con una media di 1 anno e 4 mesi circa. Considerando il decorso complessivo delle due malattie, si ebbero come massimo 20 anni; come minimo 1 anno e mezzo, e come media 7 anni e 3 mesi.

In nessuna osservazione si notarono lesioni macroscopiche in corrispondenza dei lobi occipitali e del cervelletto. In 12 dei 19 pazienti, nei quali fu possibile praticare interamente l'autopsia e di esaminare anche l'aorta, fu sempre notata endo-aortite deformante.

Può quindi ritenersi in generale che sono i pazienti relativamente giovani quelli che più frequentemente dànno luogo alla successione delle due malattie, tabe e demenza paralitica; appartengono più spesso alle classi operaie, tarate di grave ereditarietà neuropatica, e nei quali figura, durante il periodo tabico, l'alcoolismo come unico momento etiologico. L'osservare inoltre la comparsa di qualche sintomo di tabe superiore, nel decorso della inferiore, e soprattutto se la tabe non data da molti anni e a ciò si associ la scomparsa di dolori folgoranti, deve fare fortemente sospettare la possibilità della insorgenza di sintomi paralitici.

R.

Prof. Mingazzini. — *I piccoli segni dell'emiplegia organica;* (Dimostrabilità di leggiere paresi del facciale inferiore e degli arti: « Revue Neurologique », n. 20, 1913).

Tra i numerosi piccoli sintomi della emiplegia organica passati in rassegna dal Romagna-Manoja, ve ne sono alcuni sui quali richiama ora nuovamente l'attenzione il Mingazzini e che non erano stati prima d'ora oggetto di pubblicazione, benchè da vari anni vengano utilizzati nella scuola di Roma.

L'A. si occupa prima del sintomo orbicolo palpebrale.

Fatti chiudere fortemente gli occhi all'ammalato si applichino le superfici palmari di pollici sulle due palpebre e poi si cerchino di allontanarle una dall'altra invitando il paziente a resistere a questa manovra.

Se da un lato vi è una anche lieve paresi del facciale ci si accorge, comparando più volte dalle due parti, che dal lato interessato la resistenza è minore che dalla parte sana. Questo sintoma riesce positivo nel 55 per cento dei casi, e sarebbe più frequente nei casi di emiplegie capsulari che nelle emiparesi dovute a lesioni del nucleo lenticolare e dal talamo.

Il segno orbicolo-labiale si ricerca invitando l'ammalato a chiudere fortemente la bocca e tentando di separare le labbra con i pollici. Ripetendo la manovra alternativamente a destra e a sinistra si percepisce che la resistenza opposta dal soggetto è sempre minore dal lato paretico.

Questo sintoma riesce positivo nel 67.2% dei casi di emiplegia organica e nel 67,4% delle emiparesi organiche qualunque sia la lesione cerebrale causa della alterazione di motilità.

I due sintomi orbicolari non si presentano sempre insieme. Il segno dell'orbicolare delle labbra è più frequente di quello dell'orbicolare delle palpebre.

Nei casi nei quali, essendo presente il segno dell'orbicolare delle palpebre mancava quello delle labbra vi erano delle difficoltà speciali che imbarazzavano la ricerca: ad uno degli individui mancavano dei denti, l'altro aveva il mascellare superiore prominente.

Un altro sintoma dell'emiparesi organica, che si può ricercare studiando i movimenti dell'arto superiore, consiste nella lesione palmare precoce della mano allorchè l'arto superiore è disteso nell'attitudine del giuramento. Dopo mezzo od un minuto da che l'ammalato tiene le braccia distese, con le dita allargate, si vede

che l'arto affetto da paresi ha tendenza ad abbassarsi prima dell'altro e ad oscillare: le dita della mano paretica presentano dei *tremori* più netti o dei leggeri movimenti di abduzione e di adduzione.

Un altro sintoma ancora consiste nell'abbassamento precoce di un arto inferiore con gamba estesa e coscia flessa.

Il paziente va messo in decubito dorsale con le gambe divaricate e sollevate in estensione al di sopra del piano del letto in modo da formare con questo un angolo di 45 circa.

Dopo uno o due minuti si vede l'arto paretico abbassarsi *lentamente*, prima di quello dell'altro lato, o presentare delle oscillazioni più o meno pronunciate, in senso orizzontale o verticale. Talvolta si aggiunge una flessione parziale della gamba. Durante la ricerca è bene impedire al paziente di controllare, per mezzo della vista, la posizione dei suoi arti inferiori e conviene pure fargli incrociare le braccia sul petto.

Quando, da un sol lato, si può dimostrare la presenza dell'uno o dell'altro dei sintomi orbicolari, o di tutti due insieme e la mano e la gamba si abbassano più presto da un lato che dall'altro e insieme sintomatico che è spesso la conseguenza di una affezione del nucleo lenticolare e che solo un'analisi semeiologica condotta con metodo può riuscire a svelare all'osservatore.

Sulla natura della para-sifilide; (XVII Congresso internazionale delle Scienze mediche; Londra, agosto, 1913).

Riferisce F. W. Mott. Questi mette in rilievo i seguenti punti: Delimitazione della para-sifilide con la tabe e la paralisi generale. Caratterizzata da forme benigne dell'infezione, da lesioni ossee e cutanee, richiede un lungo periodo di latenza prima della comparsa dei segni di degenerazione nervosa. Discussione delle sue cause. Immunità o immunità parziale dovuta alla propagazione della sifilide latente.

Reazione di Wassermann e scoperta della sifilide latente, congenita e acquisita. Modificazioni dell'agente specifico per l'uso del mercurio e possibilità d'infezione con le spirochete indenni di mercurio. Analogia con i tripanosomi indenni d'arsenico. Discussione dell'inutilità dell'uso del mercurio nel trattamento. Studio delle differenti forme di spirochete in relazione con la parasifilide per analogia con i tripanosomi. Eventualità dell'esistenza d'un microrganismo specialmente neurotossico o d'una affinità speciale del microrganismo per il sistema nervoso. Alterazioni dovute alla degenerazione primitiva dei neuroni, caratteristici della parasifilide, in relazione con la reazione di Wassermann nel sangue e con quella del liquido cerebro-spinale. Evidenza dell'ipersensibilità dei neuroni nella para sifilide. Eccesso di fissazione complementare nel liquido estratto per puntura lombare comparato con quello dei ventricoli, indicante i neuroni in degenerazione come sorgente di fissazione complementare. La para sifilide è dovuta all'effetto o d'un virus specifico o del microbo specifico sul metabolismo dei neuroni in correlazione con i fattori d'esaurimento che determinano la morte delle cellule e l'iperplasia infiammatoria cronica, compensatrice. La scoperta fatta Noguchi e Moorre della spirocheta in dodici casi di paralisi generale su 70 può modificare la nostra opinione su l'esistenza d'una parasifilide distinta dalla sifilide parenchimatosa.

NONNE (di Amburgo). La storia della questione della parasifilide del sistema nervoso mostra che i fatti clinici, citologici, clinici e serologici tendono sempre più a fare ammettere che la tabe, la paralisi generale e anche le degenerazioni primitive del sistema nervoso centrale sono di natura sifilitica.

I risultati della terapia antisifilitica farebbero credere all' inverosimiglianza di questa idea, ma recenti ricerche anatomiche dimostranti la presenza della spirocheta nell'interno dei centri ner-

vosi nei tabetici e dei paralitici generali, stabiliscono in modo *saldo* il fondamento di detta idea.

Resta tuttavia da approvare che solo i tabetici e i paralitici generali hanno nell'interno dei loro centri nervosi delle spirochete, e che, per opposizione, i sifilitici non tabetici e non paralitici generali non ne hanno punto.

Malgrado queste scoperte recenti, la tabe e la paralisi generale non restano meno delle malattie particolarissime a causa dell'incongruenza che esiste fra il quadro clinico e il quadro anatomico. Si deve fare intervenire non solo la spirocheta, ma anche le sue tossine per spiegare queste due malattie.

La questione della predisposizione dei centri del sistema nervoso per le affezioni parasifilitiche risiede tutta intera nelle condizioni che determinano la forma e il grado delle reazioni meningee sotto l'influenza della disseminazione generale della spirocheta.

Spetta pertanto all'esperimento di risolvere la maggior parte delle questioni pendenti.

Head (di Londra) dice, anche a nome di Mc Intosch, Pildès e Fearnsides, che la parasifilide del sistema nervoso è una concezione puramente clinica. Bisogna aggiungere alla tabe e alla paralisi generale alcune forme d'atrofia muscolare progressiva: la sclerosi laterale, le sclerosi combinate, l'atrofia primitiva del nervo ottico e certe crisi periodiche d'epilessia.

Gli stati parasifilitici fanno generalmente seguito a un'infezione di gravità apparente media. La reazione di Wassermann è d'ordinario fortemente positiva nel liquido cefalo-rachidiano dei parasifilitici, molto più di quella che sia negli individui affetti da meningomieliti sifilitiche.

In questi ultimi il trattamento modifica rapidamente la forza della reazione Wassermann nel liquido cerebro-spinale; n ieprimi la terapia resta quasi senza azione.

Le manifestazioni terziarie parasifilitiche sembrano essere l'espressione delle reazioni svariate dei tessuti connetivo-vascolari e nervosi ipersensibilizzati di fronte alla spirocheta e alle sue tossine.

La differenza fra le lesioni sifilitiche terziarie e parasifilitiche risiede nel fatto che le prime interessano il tessuto connettivo-vascolare che può rivivere e le seconde colpiscono il tessuto nervoso che non può rigenerare.

R.

ANATOMIA PATOLOGICA

F. H. Lewy. –

tans; (Sul

d. Ges. deu

Nei 60 casi

luogo prevalent

peduncolare e *n*

queste lesioni in

zato da grave co

coltà psichiche.

circa della metà.

statare più nei *p*

lule nervose e un

cellule del nucleo

del putamen pres

pure lesioni del

corpi che ricorda

nucleo simpatico

sentato fenomeni

che i fenomeni di

agitante dipendano

F. H. Lewy. — *Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans;* (Sull'anatomia della paralisi agitante), VII Jahresvers. *d. Ges.* deutsch. Nervenaerzte, Breslau, 1913.

Nei 60 casi esaminati di paralisi agitanti, le lesioni avevano luogo prevalentemente nel nucleo lenticolare, nel nucleo dell'ansa peduncolare e nel nucleo simpatico del vago. Assai spiccate erano queste lesioni in alcuni casi a decorso clinico atipico caratterizzato da grave contrattura, gravi dolori, e speciale stato delle facoltà psichiche. In questi casi il nucleo lenticolare era ridotto circa della metà. Ma anche nei casi tipici si può nettamente constatare più nel *putamen* che nel *globus pallidus* distruzione di cellule nervose e un considerevole aumento di cellule nevrogliche. Le cellule del nucleo dell'ansa peduncolare come talora anche quelle del putamen presentano l'alterazione senile delle fibrille. Si hanno pure lesioni del protoplasma che conducono alla formazione di corpi che ricordano i *corpora amylacea.* Le cellule nervose del nucleo simpatico bulbare del vago si distruggono dopo aver presentato fenomeni di disfacimento simili. È verosimile ammettere che i fenomeni di alterata funzione del simpatico nella paralisi agitante dipendano dalla lesione di questo nucleo, mentre i feno-

meni di rigidità sono da mettersi in rapporto con le lesioni del nucleo lenticolare.

Le lesioni anatomiche della paralisi agitante si accostano per certi rispetti a quelle della senilità, mentre per altri se ne allontanano.

G. Biondi.

Völsch. — *Tumori del lobo parietale;* « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. », vol. 51, fasc. 1-2.

L'A. pubblica tre casi di tumori del lobo parietale facendo notare che questi sono i meno conosciuti, perchè le manifestazioni motorie sono confuse con quelle dei tumori delle circonvoluzioni pararolandiche. Relativamente alla frequenza di questi tumori il Völsch nota che su 18 casi da lui osservati tre avevano sede nel lobo parietale e questi furono operati con buon risultato. L'A. descrive la sintomatologia clinica: in un caso il tumore si estendeva sino a ledere il *girur angularis* si aveva paralisi coniugata nella direzione controlaterale destra dello sguardo. In altre era alterata la localizzazione di profondità. Non v'era nè emianopsia nè disturbi afasici che si sarebbero potuti attendere in considerazione della sede del tumore. Prevaleva l'elemento spastico sul paretico. Negli altri due casi mancavano fenomeni convulsivi, che esistevano invece nel primo. Il Völsch ritiene che siano caratteristiche dei tumori della parte del lobo temporale queste emiparesi spastiche senza accessi jacksoniani finchè il tumore si tiene lontano dalla vera regione motoria, ma talora vi siano invece disturbi vasomotori. I focolai situati invece in corrispondenza delle circonvoluzioni centrali determinano la monoparesi e il monospasmo eventualmente limitati nelle singole parti di un arto quando il focolaio è poco esteso. L'emiparesi sarà dimostrata per tempo e per grado in certi stadi di sviluppo comprenderà il braccio e la

gamba, ma si troveranno delle differenze di intensità della paralisi spastica tra il braccio e la gamba e nello stesso arto.

Nei due primi casi dopo piccoli inizii monoparetici si sviluppò rapidamente l'emiparesi. Anche nel terzo caso nel quale il tumore aveva sede più profonda e più vicino alla capsula interna si può interpretare nel senso di una dissociazione il fatto che nella gamba del lato opposto esisteva clono del ginocchio, ma non clono del piede.

L'A. riconosce che le sue considerazioni e deduzioni non sono nuove, ma egli insiste sul loro valore per la diagnosi precoce. Termina raccomandando la puntura esplorativa del cervello a scopo diagnostico.

R.

SCHUSTER. — *Sclerosi tuberosa del cervello;* « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk », vol. 50, fasc. 1-4.

L'A. fa una breve storia di tale affezione, espone i pareri dei diversi autori e descrive i principali sintomi della malattia studiata nei casi a lui capitati. Uno dei sintomi principali è la presenza di accessi convulsivi, quindi la debolezza psichica congenita od insorgente molto precocemente. Riferisce tre casi da lui studiati, dai quali risulta che l'imbecillità grave e l'idiozia non sono sintomi costanti della sclerosi tuberosa. Altro sintomo che sembra una manifestazione concomitante, quasi costante è l'adenoma sebaceo, il quale si può presentare con due tipi diversi: il tipo di Pringle e il tipo di Barlow.

Malgrado l'adenoma sebaceo si riscontri anche in malati di altre affezioni nervose, pur tuttavia deve ritenersi patognomonico della sclerosi tuberosa del cervello.

L'A. riporta inoltre gli alberi genealogici di alcuni dei suoi ammalati, dai quali risulta la frequenza negli ascendenti o del-

esisteva anche una paralisi del secondo, del terzo, del quarto e del sesto paio di nervi cerebrali.

Il Marie opina che la lesione di questi cinque nervi successivi dovesse attribuirsi a meningite.

Nel caso di Berger e Marburg, giunto all'autopsia, fu trovata una distruzione nucleare.

Una lesione analoga si può plausibilmente ammettere nel caso della Clinica di Amsterdam.

L'insorgenza lenta della affezione del trigemino, senza dolori, deporrebbe infatti per un'atrofia tabetica del trigemino.

R.

L'ineguaglianza pupillare nel decorso dell'emiplegia cerebrale.

L'ineguaglianza pupillare non è un sintoma costante nell'emiplegia cerebrale, poichè non si nota che nel 40% dei casi, ma merita tuttavia, secondo Klippel e Weil, di essere presa in considerazione perchè può avere spesso un valore diagnostico e qualche volta anche prognostico.

Esiste difatti un certo numero di casi di emiplegici in cui la ineguaglianza è marcata e permanente, dovuta, durante il coma, a restringimento della pupilla dal lato opposto della lesione e quindi dal lato della paralisi, e successivamente, quando il malato è uscito dal coma, alla sua dilatazione. In altri termini: negli emiplegici comatosi la pupilla più larga trovasi dallo stesso lato della lesione cerebrale, cioè dal lato opposto alla paralisi; negli emiplegici non comatosi la pupilla più larga trovasi dal lato della paralisi. Durante il coma il restringimento sarebbe provocato dalla inibizione dell'emisfero leso, richiamando quando avviene nel decorso di coma di altra natura; fuori del coma, la dilatazione sarebbe dovuta alla irritazione dello stesso emisfero, conformemente a quanto si verifica negli esperimenti di laboratorio.

Questi fatti d'interesse principalmente fisio-patologico hanno

anche un valore pratico, sia in quanto la constatazione di un'eguaglianza pupillare in soggetto comatoso deve far pensare ad un'emorragia, sia in quanto essa permette d'affermare la natura organica di un'epilessia e infirmare la diagnosi di forma isterica. Lo stato di dilatazione o di ristringimento inoltre della pupilla del lato opposto della lesione può in qualche modo deporre sulla misura con cui l'emisfero malato è capace di reagire ai processi irritativi ed aver quindi un certo valore prognostico.

GUERRA COPPIOLI.

DOTT. P. CIUFFINI. — *Studio clinico ed anatomo-patologico sulla demenza paralitica post-tabem.*

L'A. ha compiuto il suo studio, prendendo in considerazione 52 storie cliniche, 19 delle quali corredate del relativo reperto microscopico, di pazienti affetti da demenza paralitica, consecutiva a tabe dorsale.

Egli viene a queste conclusioni: la preponderanza dell'unione delle due malattie nell'uomo è molto considerevole, giacchè quasi il 90% dei colpiti appartengono al sesso maschile. La frequenza inoltre aumenta progressivamente fino ad un massimo, che vi verifica fra 40-45 anni; da questa epoca è gradualmente minore fino ad essere minima tra 60-65; non vide casi di demenza paralitica post tabem dopo i 65 anni, nè prima dei 30.

Se si considera la professione dei tabici che diventano paralitici, si osserva come il numero maggiore spetti agli operai, i quali rappresentano circa un terzo dei colpiti. Le influenze ereditarie, che è forse possibile ammettere in più della metà dei casi, devono certamente avere una qualche importanza nella genesi dei due stati morbosi.

Se si considerano altri fattori etiologici, e innanzi tutto la lue, si osserva come essa si riscontri con maggior frequenza ne-

luce, si osserva come essa si riscontri con maggior frequenza negli antecedenti del malato: o da sola, od unita all'alcool, o coll'alcool e con forti traumi al capo, l'infezione luetica esisterebbe in più della metà dei casi.

L'A. ha osservato che al minimo decorsero 7 anni ed al massimo 29, con una media di 14 anni, prima che alla sifilide facesse seguito la tabe dorsale; e ripetendo gli stessi calcoli per lo sviluppo della demenza paralitica consecutiva alla tabe, ebbe come minimo 8 anni, come massimo 34, con una cifra media di 19 anni. Come media di durata del periodo tabico pre-paralitico può fissarsi 5-6 anni. Non ha riscontrato una maggior frequenza, una maggiore facilità delle forme di tabe superiori a complicarsi colla demenza paralitica, come era forse lecito pensare; tuttavia nel momento, in cui fu fatta la diagnosi di paralisi progressiva, in genere poco tempo dopo il suo stabilirsi, predominano fortemente le forme miste. Dopo l'inizio dei sintomi mentali, i dolori sono del tutto cessati, od almeno moltissimo diminuiti. A volte la demenza paralitica nel corso dela tabe si iniziò con attacchi apoplettiformi, od epilettiformi (13.46% dei casi); se si considerano anche i casi, in cui essi comparvero durante l'evoluzione della demenza paralitica, la proporzione sale al 24%.

Solo in tre casi l'A. notò nel principio della tabe parecchi anni prima dell'inizio della paralisi, transitori attacchi emiplegici.

Trovò, inoltre, questa scala decrescente di frequenza di alcuni sintomi: paresi del VII, atrofia dell'ottico, paralisi degli oculomotori, diminuzione della funzione dell'VIII, del 1, del IX, presenza di parestesie in varie sedi del corpo; solo in due casi constatò l'esistenza di artropatie. Predomina notevolmente la forma espansiva di demenza paralitica, meno frequente di tutte è la forma ipocondriaco-melanconica. Uno stato irritativo non è da principio raro, riscontrandosi in un terzo circa delle osservazioni.

L'A. vide casi nei quali la demenza paralitica post tabem ebbe un decorso brevissimo, di pochi mesi, essendo rapidamente sopraggiunta la morte; come massimo di durata si ebbero 4 anni e 3 mesi, con una media di 1 anno e 4 mesi circa. Considerando il decorso complessivo delle due malattie, si ebbero come massimo 20 anni; come minimo 1 anno e mezzo, e come media 7 anni e 3 mesi.

In nessuna osservazione si notarono lesioni macroscopiche in corrispondenza dei lobi occipitali e del cervelletto. In 12 dei 19 pazienti, nei quali fu possibile praticare interamente l'autopsia e di esaminare anche l'aorta, fu sempre notata endo-aortite deformante.

Può quindi ritenersi in generale che sono i pazienti relativamente giovani quelli che più frequentemente dànno luogo alla successione delle due malattie, tabe e demenza paralitica; appartengono più spesso alle classi operaie, tarate di grave ereditarietà neuropatica, e nei quali figura, durante il periodo tabico, l'alcoolismo come unico momento etiologico. L'osservare inoltre la comparsa di qualche sintomo di tabe superiore, nel decorso della inferiore, e soprattutto se la tabe non data da molti anni e a ciò si associ la scomparsa di dolori folgoranti, deve fare fortemente sospettare la possibilità della insorgenza di sintomi paralitici.

R.

Prof. Mingazzini. — *I piccoli segni dell'emiplegia organica;* (Dimostrabilità di leggiere paresi del facciale inferiore e degli arti; « Revue Neurologique », n. 20, 1913).

Tra i numerosi piccoli sintomi della emiplegia organica passati in rassegna dal Romagna-Manoja, ve ne sono alcuni sui quali richiama ora nuovamente l'attenzione il Mingazzini e che non erano stati prima d'ora oggetto di pubblicazione, benchè da vari anni vengano utilizzati nella scuola di Roma.

L'A. si occupa prima del sintomo orbicolo palpebrale.

Fatti chiudere fortemente gli occhi all'ammalato si applichino le superfici palmari di pollici sulle due palpebre e poi si cerchino di allontanarle una dall'altra invitando il paziente a resistere a questa manovra.

Se da un lato vi è una anche lieve paresi del facciale ci si accorge, comparando più volte dalle due parti, che dal lato interessato la resistenza è minore che dalla parte sana. Questo sintoma riesce positivo nel 55 per cento dei casi, e sarebbe più frequente nei casi di emiplegie capsulari che nelle emiparesi dovute a lesioni del nucleo lenticolare e dal talamo.

Il segno orbicolo-labiale si ricerca invitando l'ammalato a chiudere fortemente la bocca e tentando di separare le labbra con i pollici. Ripetendo la manovra alternativamente a destra e a sinistra si percepisce che la resistenza opposta dal soggetto è sempre minore dal lato paretico.

Questo sintoma riesce positivo nel 67.2% dei casi di emiplegia organica e nel 67,4% delle emiparesi organiche qualunque sia la lesione cerebrale causa della alterazione di motilità.

I due sintomi orbicolari non si presentano sempre insieme. Il segno dell'orbicolare delle labbra è più frequente di quello dell'orbicolare delle palpebre.

Nei casi nei quali, essendo presente il segno dell'orbicolare delle palpebre mancava quello delle labbra vi erano delle difficoltà speciali che imbarazzavano la ricerca: ad uno degli individui mancavano dei denti, l'altro aveva il mascellare superiore prominente.

Un altro sintoma dell'emiparesi organica, che si può ricercare studiando i movimenti dell'arto superiore, consiste nella lesione palmare precoce della mano allorchè l'arto superiore è disteso nell'attitudine del giuramento. Dopo mezzo od un minuto da che l'ammalato tiene le braccia distese, con le dita allargate, si vede

che l'arto affetto da paresi ha tendenza ad abbassarsi prima dell'altro e ad oscillare: le dita della mano paretica presentano dei tremori più netti o dei leggeri movimenti di abduzione e di adduzione.

Un altro sintoma ancora consiste nell'abbassamento precoce di un arto inferiore con gamba estesa e coscia flessa.

Il paziente va messo in decubito dorsale con le gambe divaricate e sollevate in estensione al di sopra del piano del letto in modo da formare con questo un angolo di 45 circa.

Dopo uno o due minuti si vede l'arto paretico abbassarsi lentamente, prima di quello dell'altro lato, o presentare delle oscillazioni più o meno pronunciate, in senso orizzontale o verticale. Talvolta si aggiunge una flessione parziale della gamba. Durante la ricerca è bene impedire al paziente di controllare, per mezzo della vista, la posizione dei suoi arti inferiori e conviene pure fargli incrociare le braccia sul petto.

Quando, da un sol lato, si può dimostrare la presenza dell'uno o dell'altro dei sintomi orbicolari, o di tutti due insieme e la mano e la gamba si abbassano più presto da un lato che dall'altro e insieme sintomatico che è spesso la conseguenza di una affezione del nucleo lenticolare e che solo un'analisi semeiologica condotta con metodo può riuscire a svelare all'osservatore.

Sulla natura della para-sifilide; (XVII Congresso internazionale delle Scienze mediche; Londra, agosto, 1913).

Riferisce F. W. Mott. Questi mette in rilievo i seguenti punti: Delimitazione della para-sifilide con la tabe e la paralisi generale. Caratterizzata da forme benigne dell'infezione, da lesioni ossee e cutanee, richiede un lungo periodo di latenza prima della comparsa dei segni di degenerazione nervosa. Discussione delle sue cause. Immunità o immunità parziale dovuta alla propagazione della sifilide latente.

Reazione di Wassermann e scoperta della sifilide latente, congenita e acquisita. Modificazioni dell'agente specifico per l'uso del mercurio e possibilità d'infezione con le spirochete indenni di mercurio. Analogia con i tripanosomi indenni d'arsenico. Discussione dell'inutilità dell'uso del mercurio nel trattamento. Studio delle differenti forme di spirochete in relazione con la parasifilide per analogia con i tripanosomi. Eventualità dell'esistenza d'un microrganismo specialmente neurotossico o d'una affinità speciale del microrganismo per il sistema nervoso. Alterazioni dovute alla degenerazione primitiva dei neuroni, caratteristici della parasifilide, in relazione con la reazione di Wassermann nel sangue e con quella del liquido cerebro-spinale. Evidenza dell'ipersensibilità dei neuroni nella para sifilide. Eccesso di fissazione complementare nel liquido estratto per puntura lombare comparato con quello dei ventricoli, indicante i neuroni in degenerazione come sorgente di fissazione complementare. La para sifilide è dovuta all'effetto o d'un virus specifico o del microbo specifico sul metabolismo dei neuroni in correlazione con i fattori d'esaurimento che determinano la morte delle cellule e l'iperplasia infiammatoria cronica, compensatrice. La scoperta fatta Noguchi e Moorre della spirocheta in dodici casi di paralisi generale su 70 può modificare la nostra opinione su l'esistenza d'una parasifilide distinta dalla sifilide parenchimatosa.

Nonne (di Amburgo). La storia della questione della parasifilide del sistema nervoso mostra che i fatti clinici, citologici, clinici e serologici tendono sempre più a fare ammettere che la tabe, la paralisi generale e anche le degenerazioni primitive del sistema nervoso centrale sono di natura sifilitica.

I risultati della terapia antisifilitica farebbero credere all' inverosimiglianza di questa idea, ma recenti ricerche anatomiche dimostranti la presenza della spirocheta nell'interno dei centri ner-

vosi nei tabetici e dei paralitici generali, stabiliscono in modo saldo il fondamento di detta idea.

Resta tuttavia da approvare che solo i tabetici e i paralitici generali hanno nell'interno dei loro centri nervosi delle spirochete, e che, per opposizione, i sifilitici non tabetici e non paralitici generali non ne hanno punto.

Malgrado queste scoperte recenti, la tabe e la paralisi generale non restano meno delle malattie particolarissime a causa dell'incongruenza che esiste fra il quadro clinico e il quadro anatomico. Si deve fare intervenire non solo la spirocheta, ma anche le sue tossine per spiegare queste due malattie.

La questione della predisposizione dei centri del sistema nervoso per le affezioni parasifilitiche risiede tutta intera nelle condizioni che determinano la forma e il grado delle reazioni meningee sotto l'influenza della disseminazione generale della spirocheta.

Spetta pertanto all'esperimento di risolvere la maggior parte delle questioni pendenti.

Head (di Londra) dice, anche a nome di Me Intosch, Pildès e Fearnsides, che la parasifilide del sistema nervoso è una concezione puramente clinica. Bisogna aggiungere alla tabe e alla paralisi generale alcune forme d'atrofia muscolare progressiva: la sclerosi laterale, le sclerosi combinate, l'atrofia primitiva del nervo ottico e certe crisi periodiche d'epilessia.

Gli stati parasifilitici fanno generalmente seguito a un'infezione di gravità apparente media. La reazione di Wassermann è d'ordinario fortemente positiva nel liquido cefalo-rachidiano dei parasifilitici, molto più di quella che sia negli individui affetti da meningomieliti sifilitiche.

In questi ultimi il trattamento modifica rapidamente la forza della reazione Wassermann nel liquido cerebro-spinale; n ieprimi la terapia resta quasi senza azione.

Le manifestazioni terziarie parasifilitiche sembrano essere l'espressione delle reazioni svariate dei tessuti connetivo-vascolari e nervosi ipersensibilizzati di fronte alla spirocheta e alle sue tossine.

La differenza fra le lesioni sifilitiche terziarie e parasifilitiche risiede nel fatto che le prime interessano il tessuto connettivo-vascolare che può rivivere e le seconde colpiscono il tessuto nervoso che non può rigenerare.

R.

ANATOMIA PATOLOGICA

F. H. I

tons

d. Ge

Nei 60

luogo preva

peduncolare

queste lesion

zato da grav

coltà psichic

circa della m

statare più ne

lule nervose e

cellule del nucl

del putamen pr

pure lesioni del

corpi che ricord

nucleo simpatico

sentato fenomeni

che i fenomeni di

agitante dipendan

F. H. Lewy. — *Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans;* (Sull'anatomia della paralisi agitante), VII Jahresvers. d. Ges. deutsch. Nervenaerzte, Breslau, 1913.

Nei 60 casi esaminati di paralisi agitanti, le lesioni avevano luogo prevalentemente nel nucleo lenticolare, nel nucleo dell'ansa peduncolare e nel nucleo simpatico del vago. Assai spiccate erano queste lesioni in alcuni casi a decorso clinico atipico caratterizzato da grave contrattura, gravi dolori, e speciale stato delle facoltà psichiche. In questi casi il nucleo lenticolare era ridotto circa della metà. Ma anche nei casi tipici si può nettamente constatare più nel *putamen* che nel *globus pallidus* distruzione di cellule nervose e un considerevole aumento di cellule nevrogliche. Le cellule del nucleo dell'ansa peduncolare come talora anche quelle del putamen presentano l'alterazione senile delle fibrille. Si hanno pure lesioni del protoplasma che conducono alla formazione di corpi che ricordano i *corpora amylacea.* Le cellule nervose del nucleo simpatico bulbare del vago si distruggono dopo aver presentato fenomeni di disfacimento simili. È verosimile ammettere che i fenomeni di alterata funzione del simpatico nella paralisi agitante dipendano dalla lesione di questo nucleo, mentre i feno-

meni di rigidità sono da mettersi in rapporto con le lesioni del nucleo lenticolare.

Le lesioni anatomiche della paralisi agitante si accostano per certi rispetti a quelle della senilità, mentre per altri se ne allontanano.

G. Biondi.

Völsch. — *Tumori del lobo parietale;* « Deutsche Zeitschr. f. Nerveraheibh. », vol. 51, fasc. 1-2.

L'A. pubblica tre casi di tumori del lobo parietale facendo notare che questi sono i meno conosciuti, perchè le manifestazioni motorie sono confuse con quelle dei tumori delle circonvoluzioni pararolandiche. Relativamente alla frequenza di questi tumori il Völsch nota che su 18 casi da lui osservati tre avevano sede nel lobo parietale e questi furono operati con buon risultato. L'A. descrive la sintomatologia clinica: in un caso il tumore si estendeva sino a ledere il *girur angularis* si aveva paralisi coniugata nella direzione controlaterale destra dello sguardo. In altre era alterata la localizzazione di profondità. Non v'era nè emianopsia nè disturbi afasici che si sarebbero potuti attendere in considerazione della sede del tumore. Prevaleva l'elemento spastico sul paretico. Negli altri due casi mancavano fenomeni convulsivi, che esistevano invece nel primo. Il Völsch ritiene che siano caratteristiche dei tumori della parte del lobo temporale queste emiparesi spastiche senza accessi jacksoniani finchè il tumore si tiene lontano dalla vera regione motoria, ma talora vi siano invece disturbi vasomotori. I focolai situati invece in corrispondenza delle circonvoluzioni centrali determinano la monoparesi e il monospasmo eventualmente limitati nelle singole parti di un arto quando il focolaio è poco esteso. L'emiparesi sarà dimostrata per tempo e per grado in certi stadi di sviluppo comprenderà il braccio e la

gamba, ma si troveranno delle differenze di intensità della paralisi spastica tra il braccio e la gamba e nello stesso arto.

Nei due primi casi dopo piccoli inizii monoparetici si sviluppò rapidamente l'emiparesi. Anche nel terzo caso nel quale il tumore aveva sede più profonda e più vicino alla capsula interna si può interpretare nel senso di una dissociazione il fatto che nella gamba del lato opposto esisteva clono del ginocchio, ma non clono del piede.

L'A. riconosce che le sue considerazioni e deduzioni non sono nuove, ma egli insiste sul loro valore per la diagnosi precoce. Termina raccomandando la puntura esplorativa del cervello a scopo diagnostico.

R.

SCHUSTER. — *Sclerosi tuberosa del cervello;* « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk », vol. 50, fasc. 1-4.

L'A. fa una breve storia di tale affezione, espone i pareri dei diversi autori e descrive i principali sintomi della malattia studiata nei casi a lui capitati. Uno dei sintomi principali è la presenza di accessi convulsivi, quindi la debolezza psichica congenita od insorgente molto precocemente. Riferisce tre casi da lui studiati, dai quali risulta che l'imbecillità grave e l'idiozia non sono sintomi costanti della sclerosi tuberosa. Altro sintomo che sembra una manifestazione concomitante, quasi costante è l'adenoma sebaceo, il quale si può presentare con due tipi diversi: il tipo di Pringle e il tipo di Barlow.

Malgrado l'adenoma sebaceo si riscontri anche in malati di altre affezioni nervose, pur tuttavia deve ritenersi patognomonico della sclerosi tuberosa del cervello.

L'A. riporta inoltre gli alberi genealogici di alcuni dei suoi ammalati, dai quali risulta la frequenza negli ascendenti o del-

l'epilessia o delle alterazioni cutanee, e in un caso persino di accessi epilettici e di adenoma sebaceo in uno zio dell'ammalato. Altre abnormità descritte nella sclerosi tuberosa non furono riscontrate nei casi dello Schuster. Un gruppo importante di manifestazioni concomitante della sclerosi tuberosa è dato da disturbi ai reni e al cuore. Tra i casi dello Schuster, va rilevato che nel primo, all'autopsia, oltre ai focolai di sclerosi tuberosa sparsi nel cervello fu trovato sulla parete del ventricolo laterale destro un glioma costituito solo da grandi cellule senza fibre, delle cellule molte erano polinucleate.

In questo caso, corrispondentemente alla esistenza di questo glioma, alla sintomatologia della sclerosi tuberosa si era poi sovrapposta quella del tumore cerebrale.

R.

TERAPIA

Influen

nes

Lav

strato le

vello e le

zione dell

che l'emis

funzionali

nosciuta de

sviluppo dei

zione di que

Gli AA.

l'aminogenesi

che questi pr

mali normali

diato sotto que

tori, buoi, vite

sioni: i process

periori nei centr

animali castrati;

tribuirsi all'influe

E. Gley, Société de

Influenza della castrazione sui processi di proteolisi e d'aminogenesi nei centri nervosi.

Lavori recenti, ed in particolare quelli di Ceni, hanno dimostrato le relazioni importanti e reciproche, che esistono tra il cervello e le ghiandole genitali. Ceni ha mostrato infatti che la distruzione della corteccia cerebrale determina l'atrofia testicolare, e che l'emiscerebrazione negli uccelli provoca sempre dei disturbi funzionali e nutritivi dell'ovaia. D'altra parte l'influenza bene conosciuta della secrezione interna del testicolo e dell'ovaia sullo sviluppo dei caratteri sessuali secondarî può spiegarsi con un'azione di queste secrezioni interne sui centri nervosi.

Gli AA. nelle loro ricerche sull'attività della protreolisi e dell'aminogenesi nei centri nervosi furono colpiti da questo fatto, che questi processi presentano un'intensità più grande negli animali normali che non negli animali castrati. Gli AA. hanno studiato sotto questo punto di vista un notevole numero di animali: tori, buoi, vitelli, montoni, conigli e sono giunti a queste conclusioni: i processi di proteolisi e d'aminogenesi sono nettamente superiori nei centri nervosi degli animali normali che in quelli degli animali castrati; questa differenza è con tutta probabilità da attribuirsi all'influenza delle secrezioni interne genitali. — (L. Soula, E. Gley, Société de Biologie, aprile, 1913).

R.

Cura dell'epilessia col veleno di crotalo.

Gli AA. hanno usato nelle loro esperienze delle soluzioni di veleno secco sciolto in acqua fisiologica e filtrata alla candela di Chamberland. Le dosi iniettate per via intramuscolare variano da 3 decimilligrammi a 15 milligrammi con aumenti graduali basati sulla reazione provocata e sui risultati ottenuti.

I soggetti così curati furono undici: i risultati si possono così riassumere: il veleno di crotalo ha quasi sempre un'azione utile nell'epilessia essenziale: questa azione sembra essere in rapporto con l'età e lo stato dell'ammalato. I soggetti più giovani ed in condizioni generali migliori traggono dalla cura il maggior profitto. Le crisi diminuiscono di durata e di numero, talora, cessano: dopo la cura i risultati ottenuti persistono.

Questo veleno agisce dunque in senso favorevole, ma il meccanismo intimo dei suoi benefici effetti è finora impossibile a precisare. — (A. Calmette, A. Mézie, Académie des Sciences, marzo, 1914).

R.

LEXER. — *Operazioni dell'epilessia traumatica;* « Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk », vol. 51, fasc. 1-2.

L'A. rileva che l'epilessia impone l'operazione solo quando si può ammettere una cicatrice del cervello con aderenze alle meningi e al cranio.

Oggi sappiamo che non basta staccare le aderenze, ma bisogna escidere la cicatrice e impedire la formazione di nuove aderenze. A questo scopo furono adoperati parecchi metodi, usando per la ricopertura del cervello ogni sorta di materiali allo-eteroomo-autoplastici.

Però l'esperienza dimostrò che quando il cervello era leso il materiale trapiantato contraeva sempre nuove aderenze con esso.

L'A., in operazioni sulle articolazioni, osservò che il tessuto adiposo si presta molto bene per essere interposto tra due superfici ossee: si conserva tale e non si retrae quasi affatto. Quindi egli pensò di adoperare tessuto adiposo anche per ricoprire cicatrici del cervello.

Con questo metodo ha operato sei casi di epilessia traumatica, e la guarigione più lunga è stata di due anni e tre mesi. In uno di questi casi fu anche necessario spingere l'adipe fino nel ventricolo aperto nell'operazione, senza compromettere il successo.

R.

MARINESCO e MINEA. — *Le iniezioni di siero salvarsanizzato in vitro ed in vivo sotto l'aracnoide spinale e cerebrale nella tabe e nella paralisi generale;* « Revue neurol. », n. 5, 1914.

Con questo metodo gli AA. in 19 casi di sifilide del sistema nervoso non ebbero a lamentarsi, come complicanze, che di fatti di ritenzione urinaria in un caso e in qualche altro della ricomparsa dei dolori folgoranti.

Vari tabetici risentirono notevoli vantaggi dal trattamento; in due affetti da artropatia si notò una manifesta diminuzione del gonfiore del ginocchio e abbassamento della temperatura locale. In altri cinque migliorarono i disturbi nella deambulazione, della minzione, della sensibilità e l'ipotonia: l'anestesia si mutò in ipoestesia. I riflessi non si modificarono.

In due casi di paralisi generale progressiva ebbero accessi epilettiformi. In uno si notò miglioramento nelle condizioni fisiche, nell'altro nulla.

In altri 17 casi di taboparalisi ebbero diversi risultati. Gli AA. concludono che il trattamento locale col siero salvarsanizzato

non è molto efficace. È più razionale ricorrere alle iniezioni sottoaracnoide cerebrali con quelle spinali e intravenose di siero salvarsanizzato e di neosalvarsan, poichè in tal modo è più facile aggredire il treponema pallido nei suoi varî focolai. Le lesioni della paralisi generale non sono limitate alla zona corticale, ma possono interessare i gangli della base, il cervelletto, i centri sottostanti e forse anche le ghiandole tutte a secrezione interna. Anche il ricambio materiale è alterato e quindi deve considerarsi come una malattia generale.

R.

E. Medea. — *Il salvarsan e il neosalvarsan in neuropatologia;* (Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche, seduta del 6 aprile 1914).

Riferisce il risultato del trattamento, mediante i nuovi preparati di Ehrlich, di un buon numero di forme del sistema nervoso da lui curate nella Sezione Neuropatologica dell'Ospedale Maggiore di Milano. Non ha ottenuto alcun risultato in diversi casi di corea, e nessun vantaggio sicuro ha riscontrato nei casi di paralisi progressiva curati. Qualche vantaggio ha riscontrato invece in alcuni casi di tabe dorsale, specialmente dal punto di vista di una minore frequenza dei dolori lancinanti, di qualche miglioramento di disturbi vescicali, di un miglioramento nelle condizioni generali di pazienti. Non esclude che anche in questi miglioramenti possa avere gran parte un eventuale elemento suggestivo. Non ha mai avuto a deplorare alcun inconveniente nè coll'uso del vecchio salvarsan nè coll'uso del neo-salvarsan: adopera quasi sempre il metodo delle iniezioni endovenose. Pur non avendo elementi per sconsigliare una via assoluta (come s'è fatto da taluni autori) l'uso dei preparati arsenobenzolici nella tabe, è ben lontano dal condividere gli entusiasmi di alcuni neurologici e sopra tutto di alcuni sifilografi, non avendo mai potuto — a mal-

grado di ripetuti e accurati esami — constatare una modificazione di qualche sintomo obbiettivo dopo la cura. Non ha mai osservato, dopo il trattamento, modificazioni nelle condizioni del liquido cefalo-rachidiano.

R.

Nelle paralisi progressiva. — (La miglior terapia sarebbe data dall'associazione dei metodi peritogeni con le cure antisifilitiche).

Il prof. A. Pilez, di Vienna, espose al *III Congresso internazionale di neurologia e psichiatria* le osservazioni proprie ed altrui, le quali ritiene l'autorizzino ad affermare che l'uso di uno dei metodi con i quali si può produrre febbre e leucocitosi molto determina nella paralisi progressiva delle remissioni molto più frequenti, più lunghe e più profonde di quelle che si possono avere spontaneamente.

Anche nelle semplici forme demenziali, nelle quali l' esperienza dimostra che sono più rare le remissioni spontanee, ne furono osservate con questa terapia.

In uno stesso ammalato, ripetendo il trattamento, furono osservate remissioni ripetute.

Mentre il mercurio e il salvarsan da soli hanno poche probabilità di successo ed anzi, quando esiste la tendenza agli accessi paralitici e negli stadî avanzati, possono addirittura divenir pericolosi, un'associazione dei metodi piretogeni con la terapia specifica spesso è molto opportuna.

Relativamente alla tecnica, ora il Pilez dà la preferenza all'uso contemporaneo della tubercolina e del succinimato di mercurio, un giorno 2 cgr. di quest'ultimo, un giorno, alternativamente, tubercolina, in dosi progressive, a cominciare da 1/2 ctgr. e fino a che si è consumato complessivamente 1 gr.

Gli altri metodi, consistenti nell'usare colture uccise di sta-

filococchi e streptococchi o nucleinato di sodio invece della tubercolina e salvarsan invece del mercurio sono basati sullo stesso principio.

Ripetendo le dosi di salvarsan si può abbasare la pleocitosi nel liquido cefalo-rachidiano fino a valori normali.

L'obbiezione contro l'uso della tubercolina, che così potrebbero ridivenir attivi vecchi focolai tubercolari cicatrizzati nell'organismo, perde di valore per il fatto che appunto nei paralitici la tubercolosi è trovata, come causa di morte, molto più raramente che in tutte le altre psicosi, e che i paralitici dànno le reazioni del Calmette e del Pirquet in molto minor percentuale.

L'A., su centinaia di paralitici trattati con tubercolina, non vide mai uno degli accidenti temuti.

Quanto più precocemente viene usato nella malattia il trattamento combinato, tanto migliori sono le probabilità di successo. Però anche in casi avanzati non è escluso un certo miglioramento o un arresto del processo progressivo.

Siccome nel 40-50% dei sifilitici secondari già si può dimostrare nel liquido cefalo-rachideo una pleocitosi, per cui sembrano predisposti ad una successiva affezione del sistema nervoso, e siccome d'altra parte, secondo una ricerca di Pilez e Mattauschek, di 241 luetici che nei primi anni dopo la manifestazione primaria soffersero una malattia infettiva febbrile nessuno poi ammalò di paralisi, sembra razionale sottoporre i sifilitici degli stadî recenti, i quali presentino tale pleocitosi nel liquido cefalo-rachideo, pure ad una combinazione della terapia specifica con quella piretogena.

Su questa comunicazione avvenne una lunga discussione, alla quale presero parte parecchi oratori.

L'Hilbers ritiene che ancora non sia dimostrato se effettivamente la leucocitosi sia il fattore attivo.

Su sei malati trattati col nucleinato di sodio tre morirono,

uno rimase stazionario, uno può partecipare alla vita sociale, uno è praticamente guarito. I casi nei quali le iniezioni determinarono ascessi sono quelli che ebbero migliore risultato.

Forse le gravi forme ulcerative della sifilide nei popoli selvaggi è un profilattico contro la paralisi; forse vi ha parte un'infezione mista.

L' Halban già nel 1902 ha pubblicato due casi di paralisi guariti; in uno il miglioramento iniziò durante un grave flemmone ad un piede. Si deve certo attribuire agli streptococchi una certa azione favorevole.

In un terzo caso la paralisi dura ora da 13 anni. Questo paziente ogni anno aveva un periodo febbrile di parecchie settimane senza causa nota, il quale era sempre seguito da una remissione. Ora però l'ammalato è divenuto demente.

Dal nucleinato di sodio l'Halban si attende scarsi risultati, salvochè determini accessi.

Il Marcus consiglia d'usare il salvarsan con l' « errore dell'acqua », per utilizzare la febbre che ne consegue.

L'Haenel riferisce d'un caso di sifilide cerebro-spinale il quale era rimasto refrettario ad ogni trattamento specifico (in epoca precedente al salvarsan) ed era in extremis con una grave psicosi delirante con paraplegia spastica e paralisi di nervi cerebrali. Si formò un grande ascesso da decubito al sacro, e al vuotamento di questo incominciò un improvviso miglioramento il quale progredì fino al ristabilimento completo.

Tali casi fanno pensare che la vecchia medicina era sulla via giusta con i suoi forti derivanti, come i setoni, le fontanelle, le punte di fuoco nelle affezioni centrali organiche.

Il Duprè rileva che da quando la sifilide è diventata più benigna è aumentata la paralisi. Come malattia popolare la paralisi si è sviluppata quando è cessato, come malattia endemica, il vainolo.

Il Rouby vide quattro casi di paralisi quasi guariti dopo ferite suppurate ed ascessi, ed ha perciò incominciato a determinare ascessi artificialmente. Il mercurio sempre gli ha dato risultati nulli o cattivi.

Il Lanoitte, nelle cefalee sifilitiche ostinate, ebbe risultati decisivi dall'applicazione di un vescicante alla nuca, mantenendone artificialmente la suppurazione.

PARI.

P. GENSLER. — *Sull'azione degli ipnotici* (Neuronal) *nelle condizioni normali e nelle condizioni di eccitazione psichica*; « Arch. fur Experimentelle Pathologie und Pharmacologie », Bd., 77, H. 3-4, 1914.

Il fatto oramai noto a tutti i medici e specialmente ai psichiatri, che gli ipnotici negli stati d'eccitazione psichica vengono sopportati a dosi più alte che nelle condizioni normali, ha dato la spinta a questo lavoro. Per rendere più agevole i suoi esperimenti e dar loro una solida base, l'autore cercò di stabilire il rapporto della quantità di sostanza ipnogena che si trova nel cervello dopo la somministrazione di essa nelle varie condizioni psichiche. Si veniva così a ricercare anche se la diminuzione dell'effetto degli ipnotici fosse dovuto alla impermeabilità delle meningi, o ad alterazioni della membrana cellulare o ad altre condizioni. Le ricerche sono state praticate con il neuronal che è un bromodietilacetammide, e sopra i cani nei quali veniva causato lo stato di eccitazione nervosa con iniezioni di monometilo del actetraido B-naftilamina. Secondo Gensler una dose di gr. 0,1 di neuronal per kg. grammo di peso è sufficiente per produrre nei cani un sonno che varia da 4 a 7 ore. A dosi più alte gr. 0,25 per kilo l'ipnosi s'intensifica e si arriva ad uno stato di narcosi. Due ore dopo la somministrazione della sostanza, nel cervello si trova milligr. 20,3-28-1 di neuronal per 100 gr. di sostanza cerebrale. Nelle condizioni di

eccitazione psichica prodotta sperimentalmente il neuronal perdeva la sua azione e si aveva sempre un'alterazione dell'apparato locomotore. Il rapporto del neuronal nella sostanza cerebrale era di milligrammi 24,3-28,3 per 100 grammi di peso del cervello, dimostrando in tal modo come negli stati di eccitazione la permeabilità delle membrane cerebrali non è diminuita e il mancato effetto degli ipnotici è da considerare non come deficienza di sostanza ipnogena nel cervello ma piuttosto come un antagonismo funzionale tra ipnosi e stati irritativi. Per vincere questa condizione è necessaria una maggiore concentrazione dell'ipnotico nel sangue.

R.

Dott. C. ALSONA. — « *Il Sedobrol* » *nella terapia dell' epilessia* « Note e riviste di psichiatria », aprile-giugno 1914.

Toulouse e Richet, in seguito a ricerche minuziose poterono stabilire i rapporti che esistono tra gli accessi epilettici e la quantità di cloruri introdotti nell' organismo dai malati, dimostrando che l' azione dei bromuri aumenta col diminuire del tasso del cloruro di sodio nell' alimentazione: così gettarono le basi di una nuova terapia dell'epilessia parallela alla terapia dei bromuri che non è scevra di gravi inconvenienti.

Il *Sedobrol* « nuovo preparato » presenta dei vantaggi notevoli a questo riguardo e l' autore ha fatto esperienze su 16 casi di epilessia dalle quali risulta in modo evidente l'efficacia della dieta ipoclorurata colla somministrazione del *sedobrol*, in confronto della dieta normale con l' uso dei polibromuri.

In base alle ricerche continuate per maggiori periodi di tempo da altri autori e dall' osservazione dell' Alzona, si può affermare che la dieta ipoclorurata con l' uso del sedobrol, rappresenta una terapia razionale dell' epilessia assai raccomandabile negli istituti dove essendo i malati numerosi, la somministrazione dei polibromuri con concetti scientifici riesce nella pratica quasi impossibile. R.

NOTIZIE

La Ca

In

rino, ed i

P. I., è s

mento di

titolo grat

l'Istruzione

La Cattedra

Anche *in*

carico dello ins

sare Agostini.

Lo stato dell'A

Il concreto a

decisivo valore. E

chi anni *nella* pro

dei delinquenti *si*

La Cattedra di Antropologia Criminale all'Università di Torino.

In conformità della proposta della Facoltà Medica di Torino, ed in seguito a parere favorevole del Consiglio Superiore della P. I., è stato affidato al prof. M. Carrara l'incarico dell'insegnamento di Antropologia Criminale per l'anno scolastico 1913-14 a titolo gratuito, a sensi dell'art. 29 del testo unico delle leggi sull'Istruzione Superiore.

La Cattedra di Antropologia Criminale all' Università di Perugia.

Anche in quest'anno la Facoltà di Legge ha confermato l'incarico dello insegnamento dell'Antropologìa Criminale al Prof. Cesare Agostini.

Lo stato dell'Antropologia criminale e la quistione delle cattedre.

Il concreto argomento di Enrico Ferri resta, in tutto il suo decisivo valore. Egli aveva scritto: « È innegabile che da parecchi anni nella produzione scientifica sulla biologia e psicologia dei delinquenti si è verificata una notevole diminuzione. La spie-

gazione di questo fatto si trova soprattutto nelle condizioni pratiche fatte dalla legislazione attuale. Da una parte, non esistendo cattedre di Antropologia criminale nelle nostre Università gli studiosi di tale scienza si fanno sempre più rari, perchè ben pochi sono quelli che possono fare della scienza per la scienza, e non per una cattedra universitaria. Adesso, tranne la cattedra lombrosiana di Torino, l'antropologia criminale non s'insegna da nessuno e soltanto se ne ricordano i dati secondariamente, dai professori di medicina legale e di procedura penale, e dagli psichiatri per quanto tentano sempre più ad orientarsi verso le proposte della Sociologia criminale, non rendono però nè obbligatorio nè sistematico lo studio dei giudicabili nè quello dei condannati ai fini pratici della giustizia penale ».

A me pare, anzi, che si debba dire di più. Per esempio, questo: Che non pochi, ma nessuno può fare la scienza per la scienza, quando si tratta di una disciplina, come l'antropologia criminale, che non può coltivarsi a tavolino, ma esige un laboratorio fornito di mezzi tanto più grandi quanto maggiore è la mole di tutto ciò che c'è da fare e da rifare in tale disciplina; ed esige aiuti ed assistenti, e anche studenti che lavorino; ed esige continui, quotidiani rapporti con pubbliche amministrazioni, da quella delle Carceri per lo studio dei delinquenti, a quelle degli Ospedali per la fornitura di cadaveri, e via via, tutte cose che, per le leggi stesse dello Stato, basate su evidenti ragioni morali e sociali, un privato non può assolutamente ottenere.

Nè può mettersi a coltivare l'Antropologia criminale un titolare o aiuto o assistente di altre cattedre, le quali hanno il lor proprio orientamento, e le lor proprie esigenze di locali, di mezzi, di personale, cui già sopperiscono più o meno male.

E poi, siamo sempre lì, manca lo scopo per mettercisi, poichè manca non solo la cattedra cui aspirare, non solo la possibilità di una concreta utilizzazione del lavoro eventualmente fatto, ma

manca pur quella molteplice cooperazione di molti, che, integrando l' opera di ciascuno con l' opera di tutti gli altri, è stimolo è di emulazione, è controllo è completamento, e scienza e progresso della scienza.

Or noi troviamo nel « Corriere dei Tribunali » di Napoli un articolo del magistrato Nicola Palopoli. del resto molto gentile verso la nostra Rivista, nel quale, dopo aver riassunto i tratti essenziali dell'articolo di Enrico Ferri, si accenna non essere esatta l'affermazione ivi contenuta che vi sia soltanto la cattedra lombrosiana di Torino. L'inesattezza per questo riguardo è vera, perchè c'è anche la cattedra di Napoli, che fu tenuta prima dal prof. Pasquale Penta, e alla sua morte, dal prof. Angelo Zuccarelli, e c'è la cattedra all'Università libera di Perugia, tenuta dal prof. Cesare Agostini, e c'è la cattedra all'Università libera di Ferrara tenuta dal prof. Luigi Cappelletti.

Sono dunque quattro. Ma vediamo un pò che cattedre siano.

A quella di Torino, dopo la morte del maestro, fu chiamato il prof. L. M. Patrizi, ma pertanto egli conservava la titolarità della cattedra di fisiologia all'Università di Modena, e quivi è poi tornato, per l'anno accademico in corso. Allora, su proposta della facoltà medica di Torino, e in seguito a parere favorevole del consiglio superiore della P. I., è stato conferito e ottimamente conferito al prof. Mario Carrara, ordinario di Medicina legale. l'insegnamento dell'Antropologia criminale: ma *per incarico* e a titolo *gratuito*, a norma dell'art. 29 del T. U. delle leggi sulle istruzioni superiori. L'antropologia criminale aveva dunque una cattedra da ordinario, e ora è questa per incarico: molti passi indietro, « una retrocessione », come dice Morselli nella prefazione al Masini che riproduciamo in questo fascicolo (pag. 309 e segg.).

Quella di Napoli vive nelle seguenti condizioni: Conferita per incarico (che naturalmente vien rinnovato al prof. Zuccarelli di anno in anno e ormai sono dieci anni): assegno di duemila lire.

anno in anno e ormai sono dieci anni): assegno di duemila lire dotazione di laboratorio, mille lire: assistente volontario, gratis et amore dei, (dott. Giuseppe Soriani): custode, pagato dal professore di tasca propria: sede ab initio provvisoria, in una grande ma buia sala della vecchia Università.

Crediamo che non siano molto più liete le condizioni fatte nell'Università libera di Perugia all'insegnamento, pure per incarico, egregiamente attribuito a Cesare Agostini, professore ivi di psichiatria e direttore di quell'ottimo manicomio. Questa cattedra che istituita dalla Commissione amministratrice dell'Università, in omaggio alla memoria di Cesare Lombroso, con deliberazione 20 dicembre 1909, e non mancammo di darne notizia, quando insieme dicemmo delle vicende delle due prime cattedre. C'è infine quella di Ferrara: qui il titolo sarebbe di professore straordinario; ma lo stipendio, che era di 600 (dico seicento) lire quando l'insegnamento dell'Antropologia andava congiunto alla Direzione della Scuola di Polizia Scientifica (poi cessata per il trasferimento da Ferrara del Cappelletti e dell'avv. Errante che l'avevan fondata), è ora di 1800 lire, in quanto — però — l'insegnamento dell'Antropologia criminale è espressamente abbinato a quello della Medicina legale: non aiuti nè assistenti con stipendio, e lo stesso prof. Cappelletti, se tiene la cattedra, è perchè va a Ferrara da Venezia dove è Direttore del Manicomio di S. Servolo.

Queste sono le quattro cattedre, in Italia, di Antropologia criminale.

E allora, basta fare il confronto con la Psichiatria che ha i seguenti insegnamenti: in tutte le Università la cattedra, tra le fondamentali, di Clinica psichiatrica, e laboratorî e istituti proprî; la clinica delle malattie nervose e mentali, abbinata alla clinica psichiatrica, ma per sè stante e con cattedre da ordinario, e proprî laboratorî, nelle Università di Roma (prof. Mingazzini), e di Torino (prof. Negro); la psicologia sperimentale, con catte-

dre proprie e professori ordinari, e propri laboratori, nelle Università di Roma (prof. S. De Sanctis) di Firenze (prof. De Sarlo), di Napoli (prof. Colucci). Attorno a ognuna di queste cattedre, aiuti, assistenti, liberi docenti, laureandi — e in ogni manicomio altre coorti di lavoratori della scienza, e laboratori, e biblioteche, e pubblicazioni periodiche, talune delle quali di primissimo ordine come la « Rivista di Freniatria » del prof. Tamburini, che esce dal Manicomio di Reggio Emilia, e la « Rassegna di studi psichiatrici » diretta dal prof. D'Ormea e redatta da tutti i medici del Manicomio di Siena.

Decine e decine, dunque, di centri di produzione scientifica ciascuno dei quali fornito di tutti i mezzi, strumenti locali, soggetti di studio che occorrono, e in ciascuno dei quali persino lo studente ha innanzi a sè una carriera, una via sicura da seguire.

Siamo dunque molto, molto lontani da tutto ciò, per l'Antropologia criminale, per la quale neppur le carceri, neppure — ed è tutto dire! — i manicomi criminali, son da paragonare come centri di studio e come carriera professionale ai manicomi. Spiegai ampiamente una volta, come noi abbiamo bensì dei medici, nelle carceri, ma non abbiamo dei medici carcerari. Egli sono dei medici privati, liberi professionisti, che hanno, come « personale aggregato » — al pari dei cappellani — l'incarico della visita ai prigionieri ammalati. C'è voluta tutta l'energia di Alessandro Doria, quando era Direttore generale delle Carceri, perchè dalla condizione di « personale aggregato » fossero tolti almeno i direttori dei tre manicomi criminali. Ma ciò non potè avvenire se non a patto di metterli nell'organico dei direttori carcerari, con gli stipendi di questi (nemmen comparabili agli stipendi dei direttori e fin dei primari dei manicomi comuni), con l'inizione dell'esercizio professionale privato (perchè soggetti alla legge per gli impiegati civili dello Stato), e con tutti i lavori burocratici e le responsabilità specifiche dei direttori carcerari.

Sicchè, lo studio dei condannati non solo non è obbligatorio nè sistematico, come scriveva Enrico Ferri, ma.... è inesistente. E finchè non abbiamo almeno un minimum di carriera medica, almeno dei manicomi criminali, è semplicemente impossibile che tale studio incominci ad esser fatto.

Il concreto argomento ferriano resta, dunque, ripeto, in tutto il suo decisivo valore. Non può progredire e produrre, in siffatte condizioni, una scienza la quale, per sua natura, non può assolutamente coltivarsi a tavolino.

Che Mario Carrara, Augusto Zuccarelli, Cesare Agostini, Salvatore Ottolenghi, Sergio Sergi, Filippo Saporito, ecc. la coltivino, compatibilmente con gli altri e più immanenti loro doveri, e cosa che fa loro grande onore: — tanto maggior onore, in quanto niun di loro ha cercato nel mercimonio del « far perizie » il compenso (che agevole lor presentavasi) al sacrificio che s'impongono per la vitalità dell'antropologia criminale.

Ma non è sul sacrificio di pochi che una scienza può veramente vincere e progredire. Ed è triste che condizioni talmente negative sieno fatte alla antropologia criminale, in un paese che è la patria di Cesare Lombroso.

Bruno Franchi.

Vincenzo Tazzari. — *Patronato dei minorenni condannati condizionalmente in Bologna*; (Relazione morale e finanziaria per l'anno 1913).

Come per le precedenti relazioni facciamo anche su questa, che fu letta nell'Assemblea del Patronato il 22 marzo 1914, una breve recensione, data l'importanza igienico-sociale di una istituzione destinata a migliorare moralmente la *delinquenza minorile*. Le statistiche dei delitti sono li appunto a provarci che una delle maggiori sorgenti della fiumana delittuosa è data da ltraviamento pre-

coce della fanciullezza e che l'accrescimneto di questa delinquenza ha superato il 150 per cento nei riguardi dei fanciulli minori ai 16 anni. Il giovane e valente magistrato, che è autore della presente relazione, dopo uno studio sintetico dei fattori diretti del traviamento dei minori (rilasciamento del'autorità famigliare, vagabondaggio, desiderio di lusso, di piaceri ecc.) e dei fattori indiretti (emigrazione, urbanesimo, perturbazioni economiche ecc.) fa una lucida critica dei rimedi proposti per impedire il dilagarsi della delinquenza minorile.

Il vecchio concetto del diritto, secondo cui l'infrazione della legge era considerato all'infuori dell'individuo che l'ha commessa e l'atto del minore socialmente e penalmente condannabile al pari di quello del maggiore (quando abbia agito con discernimento) ha fatto il suo tempo ed ha lasciato il passo alla nuova scienza criminale che tende ad individualizzare le pena, per arrivare all'emendamento del colpevole, informando a questo criterio di giustizia tutta la legislazione e tutti i progetti di riforma del discernimento e il diritto penale antico cessa sempre più di divenire applicato ai minori, per cedere il posto a delle misure di assistenza che si ritengono più efficaci. Ecco l'era fortunata dei Tribunali dei minorenni e dei Patronati dei minorenni, condannati condizionalmente, che integrano l'opera, a vantaggio del consorzio umano e della giustizia.

Il meccanismo di azione dei Patronati, che muove contro il pericolo del vizio l'esercito provvidenziale de' suoi soci volontari, garantisce ormai che i minorenni colpevoli si ravvedano in grande maggioranza almeno. Questo da quattro anni si verifica a Bologna costantemente, per merito appunto del Patronato, posto sotto l'illuminata direzione dell'on. prof. Stoppato, ed il numero dei protettisti ha raggiunto quasi la cifra di 400 con risultati edificanti.

L'A. infatti chiude la splendida relazione illustrando alcuni casi oltre ogni dire dimostrativi e commoventi.

M. Pazzi.

Prof. Enea Noseda. — *L'Elaborazione, il sistema e le norme della legge contro l'alcoolismo*; « Scuola Positiva », settembre, 1913.

Nel progetto presentato dall'on. Luzzatti, ed in quello Senatorio, era compreso un capitolo intitolato « Dei provvedimenti relativi alla cura degli alcoolizzati abituali ». Ma le disposizioni scomparvero perchè l'on. Giolitti si preoccupò della spesa che ne sarebbe derivata a carico dello Stato e delle provincie, e della possibilità che alcuno, per farsi ricoverare negli asili, deliberatamente si mettesse in condizione di doversi venire accolto, coll'abusare delle bevande alcooliche.

Riteniamo che l'istituzione degli asili speciali per gli alcoolizzati non debba ritardare ad essere introdotta anche in Italia, non difformemente dagli altri paesi ove funzionano egregiamente ed arrecano notevoli benefici, rispondendo essi alla speciale cura della quale sono bisognosi i bevitori di abitudine.

Gli stabilimenti speciali che il nostro Codice penale all'art. 48 indica come esistenti per lo sconto della pena inflitta a colui che commette reati nello stato di ubbriachezza abituale, oltre prendere pratica consistenza, dovrebbero completarsi nel senso che di ha violato la legge mentre era in istato di ubbriachezza (esclusi i pochissimi casi di ebrietà accidentale) sempre sia mandato in siffatti stabilimenti, dopo l'espiazione della pena. Si impedirebbero così,o almeno si limiterebbero le recidive; e coloro che nell'alcool trovano più facile favore per consumare delitti, non dovrebbero essere abbandonati a sè stessi dopo la condanna. Invece, nell' internamento in asili, o nel divieto di frequentare le osterie, mediante sanzioni punitive, e promesse solenni sull'onore (sistema Pollard)

troverebbero presidio a poter resistere alla viziosa abitudine ed emendarsene.

Misure di sicurezza in questi sensi sarebbero state opportune ed avrebbero dovuto trovare posto in una legge diretta a combattere l'alcoolismo, insieme ad una più severa punizione dell'ubbriachezza che l'art. 448 Cod. pen. tratta troppo benevolemnte, se pure non ritiensi soverchiamente favorevole la condizione che il nostro Cod. pen. all'art. 48 fa al delinquente ubbriaco. Troppe volte si conclama la propria intemperanza come mezzo per concorrere all'automatica, obbligatoria riduzione di pena che l'art. 48 del Cod. pen. concede come premio: troppe volte questa diminuente è data senza controllo di perizie mediche ed in base alle affermazioni dei compagni di crapula, e funziona come incitamento all'abuso delle bevande alcooliche. Ma una riforma del Cod. pen. incontrerebbe ora troppi ostacoli.

Le misure di sicurezza concretizzate nello internamento negli asili a scopo curativo, il divieto di frequentare le osterie, la sospensione della porzione di pena che non fu inflitta per la causa diminuente l'imputabilità, sotto condizione di non commettere altri delitti in istato di ubbriachezza e sotto condizione di non frequentare osterie, lo stabilirsi di questa vigilanza antialcoolista, sarebbero stati certamente ottimi mezzi per infrenare i reati dovuti all'alcolismo e quindi anche l'alcolismo medesimo.

A questi mezzi potevano aggiungersene altri di indole personale ed economica (l'ubbriachezza titolo alla separazione dei coniugi, alla privazione della patria podestà, alla perdita di indennità per infortunio sul lavoro, ecc.).

Ma l'esaminare tutte queste riforme ci porterebbe lungi dal tema propostoci: la legge che è stata approvata, per quanto modesta e timida, segna un primo passo encomiabile nella lotta contro l'alcoolismo, ed è da augurarci che, rigidamente applicata, senza compiacenze e adattamenti, apporti buoni frutti, tanto più

se nel regolamento saranno date norme sicure per la vigilanza igienica delle bevande alcooliche, ora abbandonate alla cura, o meglio all'incuria, della maggioranza dei Comuni.

(Dalla « Scuola positiva », settembre, 1911).

Il IV Congresso Nazionale dei Liberi Docenti.

Il 14 aprile il Ministro della P. I., on. Daneo, ha inaugurato nell'Aula Magna della R. Università di Roma il IV Congresso Nazionale dei Liberi Docenti col seguente discorso:

« Sono lieto di porgere oggi il mio saluto ai Liberi Docenti delle Università Italiane.

« E nel mio saluto è l'espressione di una sincera speranza anzi di una calda fiducia nel risultato delle discussioni di questa importante riunione, poichè discussioni e voti risponderanno per certo alle intenzioni oneste ed elevate di coloro che la riunione provocarono.

« Il libero insegnamento, che nel Medio Evo italico seppe nelle libere scuole ridestare e sollevare la cultura dal sonno e dalle rovine barbariche ed elevarla fino alla grandezza delle nostre celebri Università, ha saputo in tempi più recenti in altri paesi suscitare ancora la fiamma alimentatrice del progresso scientifico e vi ha prodotto e produce risultati incontestabili proficui e sicuri.

Nella nuova Italia esso da qualche lustro vive accanto al'

Nella nuova Italia esso da qualche lustro vive accanto all'insegnamento ufficiale; e sono molti i valenti che danno prova di comprenderne lo scopo e mantengono viva la lotta delle idee, concorrendo ad integrare l'opera dell'insegnamento ufficiale, a formare i buoni professionisti, a spargere intorno la luce della cultura.

« Ma accanto alle luci non mancano le ombre. Forse è troppa

la facilità colla quale spesso si consegue il titolo di libero docente, e quindi è troppo il numero di coloro — ormai di 2600 — che del titolo sono investiti. E non tutti possono essere valenti, per dottrina e per merito. E da questa facilità di accesso consegue l'ascensione anche di mediocri e derivano talora confusioni e deficienze e inconvenienti che tutti voi conoscete e per i quali viene abbassato il livello e sminuito il vantaggio dell' istruzione.

« Quali i rimedi? E dovranno essi ricercarsi in speciali proposte di leggi o nell'opera generale di rinnovamento dell'intero organismo delle nostre Università, che a me ormai sembra matura?

« È bene che le libere discussioni accompagnino gli studi ufficiali e concorrano a chiarire ogni punto del completo problema universitario, e specialmente questo punto della libera docenza, che ne costituisce uno degli aspetti più importanti.

« L'insegnamento libero deve essere il pungolo dei dormienti, il commento e l'integrazione dell'insegnamento ufficiale. Ma appunto perciò deve mantenersi altissimo e puro da ogni abuso e da ogni intento di speculazione o di arrivismo volgare. Io non dubito che i vostri voti sapranno rispecchiare le nobili aspirazioni che quì certo predominano, cosicchè Governo e legislatori possono tenerne alto conto nel proporre e deliberare le meditate risoluzioni.

« Con questa fiducia esprimo l'augurio che siano proficui i lavori del Congresso dei Liberi Docenti italiani ».

Sono stati trattati i seguenti temi:

1) La funzione della Libera Docenza (Relatore prof. Francesco D'Alessio);

2) Le condizioni attuali della Libera Docenza (Relatore prof. Francesco De Luca);

3) La riforma della Libera Docenza nella eventualità del

riordinamento dell'insegnamento superiore (Relatore on. prof. Giuseppe Grassi).

Comunicazioni varie:

1) Elezioni di membri delle Commissioni pei concorsi per le Scuole Medie (Relatore prof. Giovanni Trabucco);

2) Su alcune compatibilità della formazione delle Commissioni pei concorsi Universitari (Relatore prof. Ernesto Pannain);

3) Ribassi ferroviari ai Liberi Docenti (Relatore prof. G. B. De Mauro).

Il chiarissimo prof. R. Gurrieri fa questa giustissima osservazione al discorso del Ministro:

« È verissimo purtroppo, che accanto alle luci non mancano le ombre, ma a chi sono dovute queste ombre?

Il Ministro ha detto che sono 2600 i Liberi Docenti e in questo numero stanno le ombre. Verissimo. Ma nessun ombra è stata creata dai Liberi Docenti. Ognuno di essi è stato fatto (e spesso anche proposto) dai professori ufficiali, a loro quindi va tutto il rimprovero.

Ma anche il numero (non parliamo della qualità elargita dai professori ufficiali) è proprio esagerato? Le Università italiane Regie (le libere non hanno liberi docenti) sono 17, oltre 12 Istituti Superiori e conferiscono pure abilitazioni all'insegnamento libero.

Gli insegnamenti ufficiali sono 1150. Ad ogni insegnamento ufficiale corrispondono circa 2 liberi docenti. Ma il guaio non sta qui. Di queste 2600 liberi docenti due terzi sono stati regalati dalle Facoltà di Medicina, e, quel che è più strano ancora, in due o tre materie di queste facoltà. Qui sta il malanno. Ma di questo ed altro avremo occasione di parlare colle cifre alla mano ».

Aversa (Provincia di Caserta). — *Una nuova pagina del martirologio del personale di assistenza nei Manicomi!* — I giornali recano che il 12 novembre nel manicomio di Aversa un alienato fino allora tranquillo, così che era stato messo a lavorare nella calzoleria dell'Istituto, venuto a lite con un altro ricoverato lavoratore, gli assestava ripetuti colpi di trincetto, e che il bravo infermiere di servizio Francesco Mazzuccolo, essendosi intromesso ne riceveva a sua volta altri quattro colpi gravissimi, tanto da trovarsi in pericolo di vita. Onore al coraggioso, vittima del proprio dovere.

Imola. — La amministrazione del manicomio dell' Osservanza che è istituzione privata, e autonoma dalla Provinciale, propone a datare dal 1915 alcuni miglioramenti pel suo personale sanitario: Al Direttore, L. 5500 nette, alloggio per famiglia, riscaldamento, illuminazione; ai tre Primari, L. 4000 nette, indennità d'alloggio in L. 300, e L. 500 all' incar. della Vice-Dir.; ai tre ordinari, L. 3200 nette, alloggio pers. e vitto nei giorni di guardia.

A tutti i medici sono concessi quattro aumenti quinquennali di un decimo.

XV Congresso della Società Freniatrica. — Il Congresso che doveva aver luogo in Palermo dal 10 al 14 ottobre 1914, in vista dei gravi avvenimenti internazionali è stato rinviato a tempo da determinarsi.

IV. - *Congresso dell' Associazione tra i medici dei manicomi pubblici italiani.* — Per il Congresso che avrà luogo a Milano nel maggio del 1915, temi e relazioni sono stati così definitivamente fissati:

1. L'assistenza degli alienati in Italia: specialmente in ri-

guardo al trattamento dei cronici e della distribuzione delle organizzazioni manicomiali nelle varie provincie:

a) Inchiesta sulle condizioni attuali dell'assistenza;

b) Deduzioni pratiche e proposte (Relatori: Arnaldi, Antonini, Massaro, Rebizzi, Sciuti, Volpi, Ghiraldini).

II - L'assistenza dei fanciulli deficienti in Italia (Relatori: Ferrari, Franchini, Gonzales).

III. - Stipendi. Pensioni con speciale riguardo alla riversibilità Cause che allontanano i medici dalla carriera manicomiale. (Relatori: Baroncini L., Camia, Pio Pugliese).

IV. - Concorsi e Commissioni giudicatrici (Relatori: Guicciardi, Modena, Pontiggia).

V. - Stato giuridico del personale dei manicomi (Relatore: Brugia).

NECROLOGI.

Pochi uomini hanno lasciato un compianto così sincero e unanime come Scipio Sighele, per pochi, come per lui, l'animo rifugge dal darne l'elogio di prammatica, dovuto all'uomo che ricoprì una carica, per dare libero sfogo invece al sentimento di affetto e di simpatia, come per un amico buono, grande e superiore. Poichè egli irragiava attorno a se meravigliosamente la simpatia ch'egli a sua volta spontanea sentiva per gli uomini e per le cose che gli sembrassero degni.

Bastava che un'idea elevata brillasse un momento nel pensiero di chi gli era vicino perchè egli ne alimentasse la fiamma e stabilisse quella corresponsione ideale per un fine di bene che genera l'amicizia.

Così nessun moto ascensionale lo trovò indifferente, nessuna idea buona rimase senza vibrazione nel suo cuore, nessuna rivendi-

cazione umana mancò di appoggio in lui. Irredento provò tutto lo strazio della sua terra che lotta con la sola fede nei destini segnati dalla storia e morì vittima di una persecuzione spietata; sociologo abbracciò con entusiasmo le nuove dottrine penali che nel delitto non scorgono che la risultante dolorosa di condizioni fisiologiche o di ambiente, e fu per l'elevazione sociale e giuridica della donna; uomo politico chiese un'Italia concorde per la sua grandezza e la sua dignità in mezzo alle aspre e violenti competizioni internazionali.

Ma nell'urto delle passioni sociali non perse mai di vista quell' equilibrio che è dono degli spiriti superiori, non ebbe l'egoismo di parte, la furia di abbattere l'avversario, rifuggì da ogni accesso; combatteva perchè la battaglia era bella, ma con l'amore e la simpatia, ignorando l'odio e il disprezzo. E nella sua attività politica e scientifica fu così sempre.

Uno spirito talmente fine ed eletto, un cuore così generoso sentì presto che una delle cause più degne abbracciate e difese nella nostra società egoista e indifferente è quella dell'infanzia materialmente e moralmente abbandonata, dell'infanzia che popola le vie di accattoni, le aule giudiziarie di imputati, l'infanzia che delinque e che si suicida. Egli non tardò a considerare questa piaga come una delle più dolorose per la nostra società, e in seno a questa, nella sua fase industriale odierna ne andò indagando le cause:

« Ogni fanciullo che delinque non è che la vittima di un delitto che altri, prima, ha commesso verso di lui », dice la sua formola, che si compiaceva ripetere.

Non intendo certo soffermarmi a considerare il fondamento scientifico e logico, per riconoscere se in tutti i casi essa corrisponda a verità, certo è indice dell'acuto e profondo senso di responsabilità morale che si annidava nello spirito di lui, e del modo con il quale egli sapeva giungere ai torpidi sensi altrui per svegliarli dal colpevole assopimento.

Chiamato dal Ministro Orlando nella Commissione reale per lo studio dei provvedimenti contro la delinquenza dei minorenni, fece parte della seconda sotto-commissione ed espose i risultati delle sue ricerche intorno a un lato del fenomeno della relazione: *Provvedimenti di profilassi sociale per la delinquenza dei minorenni in rapporto specialmente alla filiazione legittima e illegittima*, che è uno studio diligente ed efficace intorno alle manchevolezze e ai danni degli istituti della patria podestà e della tutela, come oggi sono regolati dalle nostre leggi, e le sue conclusioni vennero accolte nel progetto di Codice dei minorenni.

Frattanto sui giornali andava diffondendo notizia dei lavori della Commissione, la quale certo non poteva sperare divulgatore più ambito, e richiamando l'attenzione del pubblico attorno al doloroso problema con una serie di articoli, la più parte dei quali raccolse poi in un volumetto: *La crisi dell'infanzia e la delinquenza dei minorenni.*

E quando ai primi di quest'anno il senatore Quarta presentò al ministro guardasigilli, come risultato delle lunghe ricerche e deduzioni della Commissione reale, quel mirabile progetto di Codice di minorenni che, se attuato, porrebbe l'Italia alla testa del movimento di difesa dell'infanzia, egli accolse e propugnò l'idea di un congresso, che ne diffondesse la conoscenza fra il pubblico e servisse a riunire il manipolo degli animosi e contribuisse a formare una forte e decisa coscienza pubblica sulla gravità del male e sulla urgenza di rimediarvi. Come presidente del Patronato fiorentino dei minorenni condannati condizionalmente, carica ch'egli ricopriva dal primo luglio 1911, si fece promotore del Congresso stesso che ebbe luogo a Firenze sulla fine del maggio passato. Ma egli non vi potè assistere, la malattia lo costringeva a letto, eppure anche di lì scriveva nella « Tribuna »: *Alla vigilia del Congresso*, esponendo chiaramente quali fossero le finalità che i convenuti si proponevano.

Nè la bellezza del fine gli nascondeva mai le gravi difficoltà finanziarie e morali per l'indifferenza dei più che si oppongono al suo raggiungimento. A me, che esprimeva la speranza che nel periodo elettorale il doloroso problema trovasse qualche assertore, ciò che in parte si è poi verificato, egli rispondeva da Viareggio nell'aprile di quest'anno: « Certo se dovessero aver luogo le elezioni, i deputati, ossia i candidati, penserebbero a tutt'altra cosa che ai minorenni.... Del resto sarebbe molto bene che di un problema così grave si occupassero coloro che aspirano a rappresentare il proprio paese. E noi almeno potremo dire d'aver fatto il possibile perchè se ne occupino ».

In queste parole è l'uomo: dotato di quello scetticismo sano, non demoralizzatore, di chi conosce le debolezze e i difetti della nostra natura, non li scusa ma li comprende, nè perde perciò i miraggi eterni del bene.

Non è mio compito qui studiare la multiforme attività scientifica di Scipio Sighele, nè l'intrinseco valore delle sue opere, fra cui più importati: *I delitti della folla; La coppia criminale; Eva moderna;* debbo limitarmi a rilevar quanto nel campo nostro egli operò. È nello studio delle cause della delinquenza giovanile egli, pur non sorpassando la cerchia delle indagini ormai approfondite su così larga scala, fu acuto e sapiente ricercatore, espositore chiaro e persuasivo, e soprattutto ebbe affetto, passione per la causa degna di ogni spirito generoso e seppe trasfonderli negli altri.

Così di lui rimane la memoria indimenticabile di un uomo in cui la vivacità e l'altezza dell'ingegno corrispondevano sempre ai moti del cuore.

TOMMASO DE BACCI VENUTI.

* * *

Nel Settembre u. s. è morto il Dott. B. Salumi Pace, che da parecchi anni dirgeva il Manicomio di Palermo e vi era succeduto

al La Loggia. Era un pratico molto studioso e che aveva pubblicato anche lavori pregevoli di clinica e tecnica psichiatrica. Aveva pure fondato e diretto dapprima con lodevoli sforzi « Il Pisani », giornale medico della specialità intitolato al nome del celebre filantropo-alienista Siciliano del principio del Secolo XX.

INDICE DEL VOLUME

GA
AGO

AGOS
VIDON
e
VERON
EI

RAECH
M. KO
G. R. A
E. BE TO
le
di tive
MOUR TOFF.
B. LA VER.
G. FO NACA.
G. BO CHI. —
m re una
C. BA TISTI. —

LAVORI ORIGINALI.

AUTORIASSUNTI E RIVISTE.

PSICHIATRIA.

NEUROPATOLOGIA.

FISIOPATOLOGIA SPERIMENTALE.

ANATOMIA PATOLOGICA.

TERAPIA.

MEDICINA LEGALE.

N. B. — Per ragioni di opportunità il presente Volume (Fasc. III e IV), che completa l'annata 1913, è stato pubblicato dopo il 1° Volume del 1914, che conteneva gli scritti pel Giubileo scientifico del Prof. Agostini.

Nota della Redazione.

ANNALI

DEL

MANICOMIO PROVINCIALE DI PERUGIA

ED

AUTORIASSUNTI E RIVISTE

DI PSICHIATRIA E NEUROPATOLOGIA

Esce in fascicoli trimestrali di circa 100 pagine

DIREZIONE ED AMMINISTRAZIONE

presso il MANICOMIO PROVINCIALE DI PERUGIA

Agli Autori di Memorie originali si danno in dono 100 Estratti con copertina; per le copie in piu, richieste contemporaneamente all' invio del manoscritto, saranno a loro carico le sole spese di tiratura e di carta.

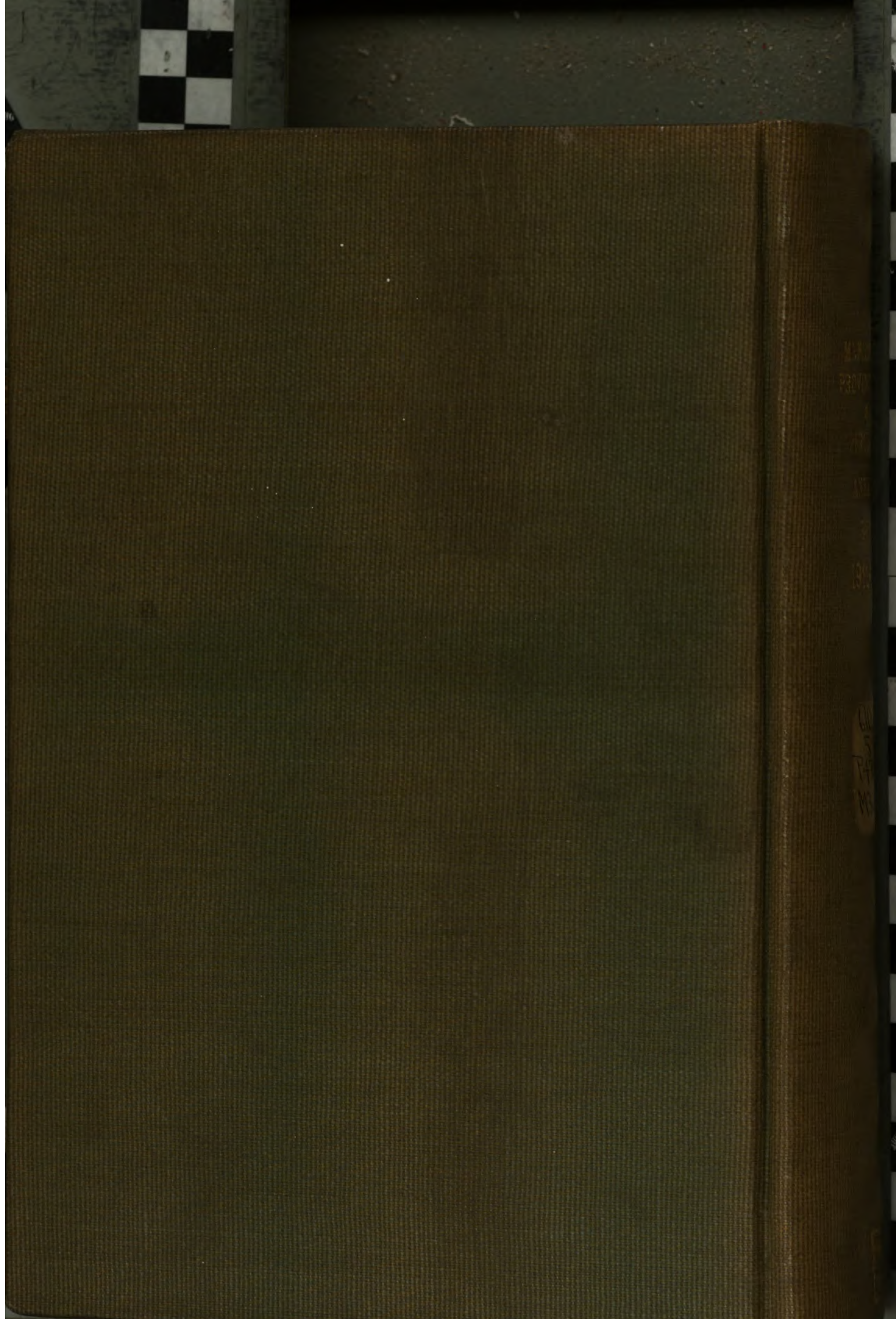
PREZZI D' ASSOCIAZIONE:

Per l' Italia	Lire **10**	annue
Per l' Estero	» **12**	»
Un fascicolo separato	» **8**	»









PAGE NOT AVAILABLE

